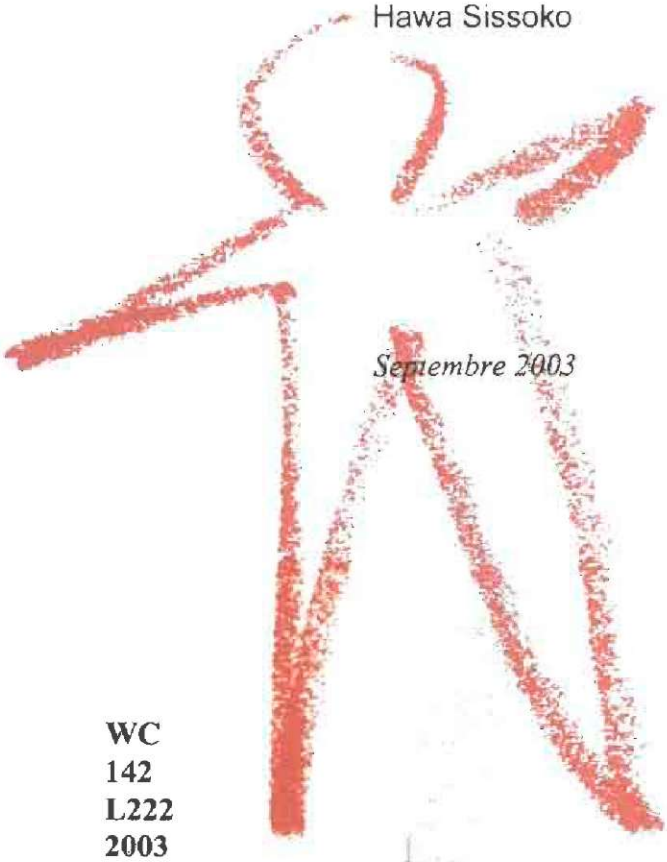
RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Maladies infectieuses

Bilan 1999 – 2002 des équipes de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) des CLSC désignés de Montréal

Gilles Lambert

Hawa Sissoko



Septembre 2003

WC
142
L222
2003

INSPQ - Montréal
3 5567 00000 4447

DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE

Garder notre monde en santé

WC
147
L222
2003

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

Bilan 1999 – 2002 des équipes de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) des CLSC désignés de Montréal

Gilles Lambert

Hawa Sissoko

Septembre 2003

Bilan 1999 – 2002 des équipes de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) des CLSC désignés de Montréal

Une réalisation de l'Unité Maladies infectieuses
Centre universitaire de santé McGill, mandataire

Auteurs
Gilles Lambert, médecin conseil, Unité Maladies infectieuses, DSP Montréal-Centre
Hawa Sissoko, agente de recherche, Unité Maladies infectieuses, DSP Montréal-Centre

Consultant
Denis Allard, Unité de planification et développement social, DSP Montréal-Centre

Avec la collaboration de :
Bernard Bourdon, coord. ÉPDITSS CLSC Ahuntsic
Solange Dion, inf. CLSC Ahuntsic
Guylaine Groulx, inf. CLSC Ahuntsic
Suzanne Marois, agente de liaison, CLSC Ahuntsic
Francine Prévost, sexologue, CLSC Ahuntsic
Suzanne Carrière, coord. ÉPDITSS CLSC des Faubourgs
Charlotte Bellemare, inf. CLSC des Faubourgs
Pierrette Héon, inf. CLSC des Faubourgs
Richard Bégin, inf. CLSC des Faubourgs
Jacqueline Boudreau, T.S., CLSC des Faubourgs
Pierre Jamieson, T.S., CLSC des Faubourgs
Louise Pilon, psychologue, CLSC des Faubourgs
Michelle Cosette, nutritionniste, CLSC des Faubourgs
Marie Milot, nutritionniste, CLSC des Faubourgs
Yves Mathurin, coord. ÉPDITSS CLSC Hoc-Maisonneuve
Doris Ménard, inf. CLSC Hoc-Maisonneuve
Sophie Sansfaçon, inf. CLSC Hoc-Maisonneuve
Marlène Yuen-Boyer coord. ÉPDITSS CLSC Métro
Marlène Daley, agente de liaison, CLSC Métro
Glenda Shoel, psychologue, CLSC Métro
Robert Veillette, inf. CLSC Métro
Carole Plouffe, coord. ÉPDITSS CLSC Petite Patrie
Lyne Bergeron, inf. CLSC La Petite Patrie
Sylvie Gaudreault, coord. ÉPDITSS CLSC Plateau Mt-Royal
Dominique Boudreau, inf. CLSC Plateau Mt-Royal
Pierre Pépin, coord. ÉPDITSS CLSC de Rosemont
Sylvie St-Pierre, inf. CLSC Rosemont
Françoise Barbot, coord. ÉPDITSS CLSC St-Michel
Martine Tate, T.S., CLSC St-Michel
Isabelle Cornet, inf. CLSC St-Michel
Danielle Lefebvre, coord. ÉPDITSS CLSC Villeray
Marie-Annick Barbier, inf. CLSC Villeray
Renée-Claude Martin, inf. CLSC Villeray

Mise en page
Guylaine Brunet, secrétaire médicale
Sylvie Morand, secrétaire médicale

Unité Maladies infectieuses
Direction de santé publique
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone: (514) 528-2400
Télécopieur: (514) 528-2452
www.santepub-mtl.qc.ca

© Direction de santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
(2003)
Tous droits réservés

Dépôt légal : 4e trimestre 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 2-89494-395-4

REMERCIEMENTS

Nous remercions sincèrement toutes les personnes qui ont apporté une contribution à la réalisation de ce bilan et particulièrement :

Les représentants des organismes communautaires qui ont accepté de nous accorder un entretien, nous ont fourni leurs rapports, ou encore nous ont permis de faire des observations dans leur milieu : Médecins du Monde, Dopamine, Spectre de rue, Chez Pops.

Madame Teena Marie Johns de l'Unité de Maladies Infectieuses de la DSP de Montréal-Centre, pour sa précieuse contribution à l'implantation et au fonctionnement des équipes de prévention et de dépistage des ITSS des CLSC désignés.

Docteure Carole Morissette, de l'équipe ITSS de l'Unité Maladies Infectieuses de la DSP de Montréal-Centre, pour son implication essentielle à la révision du rapport.

Les membres suivants de l'équipe ITSS de la DSP de Montréal-Centre pour leurs conseils judicieux et appuis :
Docteur Alix Adrien
Monsieur Jean Beauchemin
Docteur Joe Cox
Docteure Nancy Haley
Monsieur Daniel Labesse
Madame Marguerite Paiement
Docteure Élise Roy

M. Robert Choinière et l'Unité de Planification et développement social de la DSP Montréal-Centre pour nous avoir fourni des données démographiques concernant certaines populations vulnérables.

Mot du directeur de la santé publique

Il me fait plaisir de vous faire parvenir le "Bilan 1999 – 2002 des équipes de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) des CLSC désignés de Montréal". Cette étude a été menée par des professionnels de l'Unité de maladies infectieuse de la Direction de Santé Publique de Montréal Centre en collaboration avec les professionnels des équipes de prévention et de dépistage de 9 CLSC concernés.

L'objectif de ce bilan était d'établir dans quelle mesure les recommandations du cadre de référence des équipes déposé en mars 1999 avaient pu être implantées et quels étaient les facteurs ayant influencé cette implantation. À l'époque, 9 CLSC incluant les quatre déjà impliqués dans la prévention et le dépistage de l'infection à VIH, se sont vu confier des mandats spécifiques liés à des clientèles vulnérables : Ahuntsic, Des Faubourgs, Hochelaga Maisonneuve, Métro, Petite Patrie, Plateau Mont-Royal, Rosemont, St-Michel et Villeray. Les populations visées sont : les utilisateurs de drogues injectables, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les jeunes de la rue, les membres des communautés originaires de pays endémiques, les personnes incarcérées, et les autochtones.

En 2002, une équipe de la Direction de santé publique a été mandatée par la Direction de la programmation de la RRSSS de Montréal-Centre pour dresser le bilan d'activité des neuf équipes de prévention et de dépistage des ITSS. Une démarche d'évaluation d'implantation et de processus a été effectuée. Le but de cette évaluation formative était d'obtenir des informations qui aideront à ajuster de manière continue les modalités d'application de ce programme afin notamment d'augmenter la capacité du programme à : rejoindre les populations vulnérables visées ; dispenser à ces populations la gamme de services préventifs prévus ; assurer une adéquation entre ses ressources et les besoins identifiés des populations visées ; augmenter la réceptivité de la clientèle à l'offre de services ; augmenter la fidélité et l'adoption par les clientèles des mesures de prévention proposées ; assurer la liaison entre les populations vulnérables et les ressources du réseau de la santé.

Je suis convaincu que l'information recueillie sera utile pour le contrôle des ITSS parmi les populations vulnérables de Montréal en plus de contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services auxquels ont droit ces personnes dans le respect de leur intégrité nonobstant leurs différences.

Le Directeur
Docteur Richard Lessard

SOMMAIRE

Introduction

En 1999, suite à une révision des activités des équipes sida de Montréal (Cadre de référence, Équipes spécialisées prévention Sida-MTS des CLSC, RRSSS Montréal-Centre, mars 1999), 9 CLSC incluant les quatre déjà impliqués dans la prévention et le dépistage de l'infection à VIH, se sont vu confier des mandats spécifiques liés à des clientèles vulnérables. Essentiellement, le cadre de référence invitait à assurer un virage : *De l'offre d'un service spécialisé (la procédure de dépistage du VIH de manière anonyme) à la population générale, vers l'offre d'un continuum de services intégrés à certaines populations vulnérables.*

Objectifs

L'objectif du présent bilan était d'établir dans quelle mesure les recommandations du cadre de référence des équipes avaient pu être implantées et quels étaient les facteurs ayant influencé cette implantation. Ce cadre faisait état de recommandations plutôt que d'objectifs opérationnels détaillés et aisément quantifiables. On ne peut donc apprécier ici l'atteinte ou non d'un niveau préalablement fixé de couverture pour chacun des services au sein de chacune des populations vulnérables visées. Il ne s'agissait pas non plus d'examiner les pratiques des intervenants des ÉPDITSS à la lumière de normes pré-établies ni de mesurer les effets des services dispensés mais plutôt de rendre compte des « activités déployées » dans le cadre du programme ainsi que des « services dispensés » aux clientèles visées.

Méthodologie

Le mandat du bilan a été confié à l'été 2002. Les indicateurs et les outils de collecte ont donc été choisis et produits rétrospectivement. Le bilan couvre la période 1999-2002 en termes de démarche, cependant, compte tenu de la difficulté d'obtenir les données relatives aux activités déployées et aux services dispensés, on a retenu une période témoin d'étude d'avril 2001 à mars 2002.

Des entrevues, des rencontres et des groupes de discussion ont été menés auprès d'un total de 30 membres des équipes ITSSS et d'autres interlocuteurs clés. Ces données ont été complétées par l'analyse de plusieurs sources documentaires. Les informations obtenues ainsi ont été compilées sous forme d'une grille-bilan individuelle pour chaque équipe, lesquelles ont été validées par les professionnels et les coordonnateurs concernés.

Résultats

Structure - Ressources

Pour l'année 2001-2002, une somme totale de 1 244 098 $ a été consacrée aux EPDITSS. Le nombre global d'ETC est passé de 13 ETC (en 1999) à 18,7 ETC en 2001-2002 (incluant les postes non récurrents et les postes financés par des subventions externes), dont 8,7 ETC infirmières (12 infirmières), 8,8 ETC intervenants psychosociaux (9 intervenants), et 1,2 ETC nutritionnistes (2 nutritionnistes). Par rapport à 1999, les proportions d'intervenants psychosociaux et en nutrition sont demeurés relativement similaires alors qu'on remarque une augmentation du personnel infirmier de 3 ETC à 8,7 ETC. Cinq « nouvelles »

équipes ont été crées (essentiellement à l'intention des jeunes de la rue et des UDI) et deux des quatre « anciennes » équipes ont pu augmenter leurs effectifs.

Activités déployées

Afin d'assurer la dispensation de services à la clientèle, les équipes ont déployé un ensemble d'activités de : i) gestion et encadrement clinique des équipes; ii) formation du personnel des équipes : en 2001-2002, on a répertorié une cinquantaine de sessions différentes de formation, d'une durée variant de 3 à 7 heures chacune, à l'une ou l'autre desquelles au moins un membre d'une des ÉPDITSS a participé; iii) développement d'outils d'intervention à l'intention de la clientèle et à l'intention des intervenants : 23 projets variés; iv) activités de promotion de leurs services et de comportements de prévention auprès de la communauté, de la clientèle, de professionnels : 29 projets; v) de liaison avec des partenaires : les équipes ont notamment exploré des partenariats potentiels avec près de 70 organismes communautaires, établissant des partenariats fonctionnels avec 38 d'entre eux; ils ont également investi des liens avec des professionnels des établissements de 1ère et 2ième ligne et des ÉPDITSS entre eux; vi) formation de partenaires : en 2001-2002, les équipes ont dispensé un total approximatif de 33 sessions de formations aux intervenants d'organismes communautaires ou d'établissements du réseau de la santé; et vi) activités de connaissance des populations vulnérables et d'appréciation des services par la clientèle : 6 projets dont trois que des ÉPDITSS ont mené et trois auxquels des ÉPDITSS ont participé.

Services dispensés

En termes de services directement dispensés à la clientèle, au cours de l'année témoin 2001-2002, on compte 2 924 tests de dépistage du VIH (dont 1 136 confidentiels et 1 788 anonymes), 1 430 tests de dépistage des ITSS autres que l'infection au VIH. On a également administré 5 628 doses de vaccins contre les hépatites A et B. De plus, un total de 4 932 consultations psychosociales et 700 consultations en nutrition ont été effectuées. Enfin 464 actes de soins cliniques ont été posés. Toutes ces interventions individuelles ont constitué des opportunités d'éducation à la santé, lesquelles s'ajoutent à environ 64 sessions de groupe d'éducation à la santé.

Couverture et efficience

Compte tenu des activités déployées et des services dispensés auprès de chacune des populations visées par le programme, il n'apparaît pas que celles-ci aient été suffisamment rejointes, particulièrement la population UDI (ainsi, malgré une légère hausse depuis 1999, pouvant refléter que les personnes les plus à risque sont davantage rejointes, le taux de séropositivité parmi les tests du VIH provenant des EPDITSS en 2001-2002 (1,1 %) est relativement similaires à celui que l'on observe parmi les tests faits à Montréal en dehors des EPDITSS (0,92 %).

Compte tenu des sommes investies, de la nature et du nombre d'interventions produites et du nombre de cas détectés par le programme en 2001-2002 (un total de 170 cas de toutes ITSS confondues), il y aurait lieu de se questionner sur l'efficience du programme. Il est vrai que l'efficience ne saurait être évaluée à partir simplement d'un nombre d'actes posés, elle devrait l'être à partir des effets de l'ensemble des services et des retombées indirectes des interventions qui eux n'ont pu être mesurés ici.

Facteurs ayant influencé l'implantation

Bien que chaque CLSC ait connu son propre cheminement, certains facteurs semblent avoir davantage influencé le programme que d'autres.

1. Spécification, soutien et suivi des mandats. Une spécification plus fine des interventions souhaitées dans le cadre du programme aurait probablement permis de mieux guider les efforts. Cependant, plusieurs ÉPDITSS se trouvaient dans une situation d'exploration de l'opportunité et de la faisabilité d'interventions, il était donc difficile d'établir d'emblée des attentes précises. Même les « grandes » ÉPDITSS comptent finalement sur des effectifs assez restreints et même les CLSC les mieux intentionnés ne peuvent dériver beaucoup de leurs ressources de base vers leur ÉPDITSS. Il est donc ardu pour celles-ci de développer les différents volets d'une programmation qui dépasse la stricte dispensation de services à des clients. « Traditionnellement », la régie régionale est d'abord un bailleur de fonds. Elle n'a pas beaucoup de ressources à investir dans la formulation et le suivi régulier d'ententes de gestion.

2. Suffisance des ressources. De manières générale, les ÉPDITSS ont fait face aux demandes de la clientèle pour des consultations « intra-muros ». Cependant, les « nouvelles » équipes, davantage orientées vers des services « à proximité » considèrent que les ressources qui leur ont été octroyées (0,4 ETC par ÉPDITSS pour 4 d'entre elles) étaient trop faibles pour provoquer l'effet d'entraînement que l'on espérait d'elles au sein des milieux de vie et de leur CLSC (en fait, ces ressources ont plutôt été « absorbées » par leur CLSC).

3. Capacité des ressources. Durant la période à l'étude, les infirmières de seulement trois équipes sur neuf disposaient d'actes médicaux délégués ou d'ententes particulières concernant le dépistage des ITSS (et selon diverses contraintes). Puisque par ailleurs, les équipes médicales des CLSC se sont peu impliquées dans l'accompagnement des activités des ÉPDITSS, les infirmières se sont retrouvées dans l'incapacité de procéder à des dépistages.

4. Populations vulnérables et organismes communautaires. De manière générale, toutes les clientèles abordées se sont montrées très ouvertes aux « intrusions » des équipes dans leurs milieux de vie. Plutôt que leur manque de réceptivité, c'est plutôt la migration, la mobilité des populations (en fait celle des jeunes de la rue et des UDI) du centre ville vers la périphérie (à cause notamment de la « gentrification » des quartiers mais aussi à cause de la répression policière) qui a limité l'implantation du programme. C'est aussi une question de « visibilité » des populations; ainsi des UDI peuvent être présents dans certains territoires mais demeurer relativement isolés, ne fréquentant pas d'organismes communautaires ni d'autres lieux publics.

La « proximité » avec les populations vulnérables se vit en très grande partie par le biais des organismes communautaires ou des institutions œuvrant auprès de celles-ci. Ainsi, l'intégration de l'ÉPDITSS dans un projet porteur de son CLSC qui soit en lien étroit et fonctionnel avec un ou des organismes du milieu

(lesquels sont partis prenante de la démarche) est apparu comme un facteur de succès extrêmement important.

Conclusion

Tablant sur l'expertise et le dynamisme de leur personnel, les ÉPDITSS ont collectivement mené une grande variété d'activités de promotion de leurs services et de liaison avec les milieux, elles ont continué d'offrir largement les services de dépistage du VIH et de consultations psychosociales auprès des personnes infectées, elles ont ajouté surtout des activités de vaccination contre les hépatites A et B à leur gamme de services et dans la foulée de la nouvelle capacité d'action que leur donne la Loi 90, elles sont en voie d'actualiser le dépistage des ITSS autres que l'infection au VIH. Par ailleurs, elles ont toutes dispensé des services à proximité de leurs clientèles, et ce dans un grand éventail de contextes. Ainsi, après une période de flottement initial, elles se sont véritablement engagées dans le virage proposé.

Comte tenu des ressources disponibles, les ÉPDITSS pourraient être appelées à se concentrer davantage sur les populations vulnérables, tout en spécifiant plus précisément quels services (et quel niveau de couverture) doivent être rendus prioritairement à chacune des populations visées (en développant ce que ne fait pas déjà le réseau de la santé, en allant au-delà de la mise sur pied de « cliniques MTS »).

Les ÉPDITSS seraient également amenées
à poursuivre :
i) l'intégration d'un certain niveau de services cliniques (soins de base, liaison et prise en charge, suivi) à leurs services préventifs; ii) l'intégration des ressources des ÉPDITSS entre elles dans un modèle de fonctionnement commun (faisant écho à la distribution géographique des clientèles, aux besoins réels de masse critique d'intervenants et de multidisciplinarité des intervenants); iii) l'intégration de l'apport des ÉPDITSS dans une programmation régionale en regard de chaque population, basée sur des stratégies de gestion qui favorisent l'ancrage des ÉPDITSS à l'intérieur de projets avec des organismes communautaires engagés auprès des populations vulnérables; et avec les établissements de 2ième ligne.

et à approfondir :
i) des modèles d'interventions individuelles de modifications de comportement efficaces; ii) des modèles d'intervention de proximité; iii) des modèles de soins globaux pour des clientèles plus désorganisées comme les personnes qui s'injectent des drogues.

TABLE DE MATIÈRES

INTRODUCTION 1

1. CONTEXTE 3

1.1 ORIENTATIONS 3
1.1.1 Stratégie Québécoise de lutte contre les MTS 3
1.1.2 Programme national de santé publique 2003 – 2012 4
1.1.3 Services intégrés de dépistage (SID) ITS-VIH-hépatites 4
1.1.4 Plan d'action montréalais en santé publique, la prévention en action 2003-2006 5
1.1.5 Planification stratégique 2003-2006, organisation des services VIH – SIDA, Montréal Centre 6
1.1.6 Plan d'action (1998-2002) - Ministère de la sécurité publique 12
1.2 RECENSION DES ÉCRITS CONCERNANT L'INTERVENTION DE PROXIMITÉ 13
1.2.1 Fondements de l'intervention de proximité (outreach) 13
1.2.2 Intervention de proximité et rôle des infirmières 14
1.3 POPULATIONS VULNÉRABLES DE MONTRÉAL 25
1.3.1 Personnes qui s'injectent des drogues (UDI) 27
1.3.2 Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes 31
1.3.3 Jeunes de la rue 36
1.3.4 Membres des communautés originaires des pays endémiques 39
1.3.5 Milieu carcéral 45
1.3.6 Autochtones 49

2. ÉQUIPES DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE ITSS DES CLSC DÉSIGNÉS DE MONTRÉAL 53

2.1 HISTORIQUE ET MANDAT 53
2.2 PLAN D'ORGANISATION ET SPÉCIFICATION DE L'INTERVENTION 53
2.3 POPULATIONS CIBLÉES ET CLSC MANDATÉS 55

3. DÉMARCHE D'ÉVALUATION 56

3.1 BUT ET OBJECTIFS D'ÉVALUATION 56
3.2 CADRE THÉORIQUE 57
3.3 MÉTHODOLOGIE 59
3.3.1 Collecte de données 59
3.3.2 Analyse des données 60
3.4 LIMITES DE LA DÉMARCHE 62
3.5 ÉCHÉANCIER 63

4. RÉSULTATS 64

4.1 MANDAT 64
4.1.1 Populations visées 64
4.1.2 Gamme de services préventifs 64
4.1.3 Services de proximité 65
4.2 STRUCTURE 67
4.2.1 Ressources financières 67
4.2.2 Ressources matérielles 68
4.2.3 Ressources humaines 69
4.3 PROCESSUS INTERNE 72
4.3.1 Activités déployées 72
4.3.2 Modalités de dispensation des services 82
4.4 PROCESSUS EXTERNE – LIENS DE COLLABORATION ET PARTENARIAT 89
4.4.1 Collaboration interne au CLSC 89
4.4.2 Collaboration avec les partenaires externes 90
4.5 SERVICES DISPENSÉS 99
4.5.1 Ligne téléphonique 99
4.5.2 Information, éducation sur les ITSS 99

4.5.3 Dépistage VIH *100*
4.5.4 Dépistage ITSS (autres que le VIH) *107*
4.5.5 Notification aux partenaires *108*
4.5.6 Vaccination contre les hépatites A et B *108*
4.5.7 Références vers d'autres services ou professionnels *109*
4.5.8 Contraception *110*
4.5.9 Soins cliniques de base *110*
4.5.10 Distribution de matériel de protection *110*
4.5.11 Distribution de matériel éducatif *111*
4.5.12 Consultations psychosociales *111*
4.5.13 Intervention en nutrition *114*
4.6 PERSPECTIVES 119
4.6.1 Processus interne *119*
4.6.2 Processus externe *120*
4.6.3 Participation de la clientèle *121*

5. DISCUSSION **122**

5.1 IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS DU CADRE DE RÉFÉRENCE 123
5.1.1 Activités déployées *123*
5.1.2 Services dispensés *124*
5.1.3 Couverture et efficience *126*
5.2 FACTEURS AYANT INFLUENCÉ L'IMPLANTATION 131
5.2.1 Spécification, soutien et suivi des mandats *131*
5.2.2 Suffisance des ressources *132*
5.2.3 Capacité des ressources *133*
5.2.4 Populations vulnérables et organismes communautaires *134*
5.3 RÉFLEXIONS STRATÉGIQUES 137
5.3.1 Populations vulnérables *137*
5.3.2 Services *139*
5.3.3 Interventions « de proximité » *152*
5.3.4 Effecteurs *153*

FAITS SAILLANTS **155**

ENJEUX **166**

CONCLUSION **170**

BIBLIOGRAPHIE **171**

ANNEXES **182**

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ARH :	Agent de relations humaines
CDRMIS :	Centre de distribution et de récupération de matériel d'injection stérile
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMDP :	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CQCS :	Centre québécois de coordination sur le sida
DRMG :	Direction régionale de médecine générale
DSI :	Directrice des soins infirmiers
DSP :	Direction de santé publique
ÉPDITSS :	Équipe de prévention et de dépistage des ITSS
EDM :	Établissement de Détention de Montréal
GMF :	Groupe de médecine familiale
HARSAH :	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MADO :	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux (Québec)
MTS :	Maladie transmissible sexuellement
PPVIH :	Personnes vivant avec l'infection au VIH
RRSSS :	Régie régionale de la santé et des services sociaux
SIC :	Système d'information clientèle des CLSC
SID :	Services intégrés de dépistage
TR :	Travailleur de rue
TS :	Travailleur social
UDI :	Usagers de drogues par injection
VHB :	Virus de l'hépatite B
VHC :	Virus de l'hépatite C
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Nombre de visites effectuées dans les centres d'accès à du matériel stérile d'injection selon le territoire de résidence du client avril 2001-mars 2002

TABLEAU 2 : Population d'origine haïtienne selon le territoire de résidence de CLSC, Montréal-centre, 1996

TABLEAU 3 : Caractéristiques des séjours par centre de détention de juridiction provinciale situé sur l'île de Montréal, 2002

TABLEAU 4 : Population autochtone selon le territoire de résidence de CLSC, Montréal-Centre, 1996

TABLEAU 5 : Budget 2001-2002 des ÉPDITSS

TABLEAU 6 : Répartition des ressources humaines des ÉPDITSS, 2001-2002

TABLEAU 7 : Résumé des activités déployées par les ÉPDITSS, 2001-2002

TABLEAU 8 : Liste des établissements partenaires des ÉPDITSS

TABLEAU 9 : Nombre et taux de positivité des tests du VIH effectués par type de site et par ÉPDITTS, 2001-2002

TABLEAU 10 : Nombre et taux de positivité des tests du VIH effectués par les ÉPDITTS de Montréal-Centre et par le Programme québécois de diagnostic du VIH, 1999-2002

TABLEAU 11: Population utilisant les services de dépistage anonyme du VIH selon la catégorie d'âge et le sexe, ÉPDITSS Métro et des Faubourgs, 1999-2002

TABLEAU 12 : Population utilisant les services de dépistage anonyme selon le sexe du partenaire depuis 12 mois, ÉPDITSS Métro et des Faubourgs, 1999-2002

TABLEAU 13 : Population utilisant les services de dépistage VIH anonyme selon la principale catégorie de risque déterminée par l'intervenant, ÉPDITSS Métro et des Faubourgs, 2001 - 2002

TABLEAU 14 : Population utilisant les services de dépistage VIH anonyme selon la principale raison exprimée par le client pour demander un test anti-VIH anonyme, ÉPDITSS Métro et des Faubourgs, 2001-2002

TABLEAU 15 : Population utilisant les services de dépistage VIH anonyme selon les tests de dépistage effectués antérieurement, ÉPDITSS Métro et des Faubourgs, 1999-2000

TABLEAU 16 : Population utilisant les services de dépistage VIH anonyme et suivis offerts, ÉPDITSS Métro et des Faubourgs, 1999-2002

TABLEAU 17 : Dépistage des hépatites B et C à l'Établissement de détention de Montréal 2001-2002

TABLEAU 18 : Vaccins contre les hépatites A et B administrés par les ÉPDITSS selon la population cible, octobre 2001- décembre 2002

TABLEAU 19 : Interventions psychosociales, 2001-2002

TABLEAU 20 : Synthèse des services dispensés par les ÉPDITSS, 2001-2002

TABLEAU 21 : Synthèse des ressources et des services dispensés par les ÉPDITSS selon la population vulnérable, 2001 – 2002

TABLEAU 22 : Comparaison entre le programme des ÉPDITSS de Montréal et le "AIDS Prevention Street Nurses Program" de la Colombie Britannique.

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : Tableau synthèse des indicateurs d'évaluation des équipes de prévention et de dépistage des ITSS des CLSC désignés de Montréal Centre.

ANNEXE 2 : Programme de formation de la Direction de santé publique à l'intention du personnel des équipes de prévention et de dépistage des ITSS des CLSC désignés de Montréal Centre : Analyse de besoin (profil des tâches ; questionnaire d'évaluation).

ANNEXE 3 : Production des équipes de prévention et de dépistage des ITSS des CLSC désignés de Montréal Centre : Affiches ; Articles ; Horaires et calendriers des services ; Feuillets d'information ; Questionnaires.

ANNEXE 4 : Accès aux tests de détection de la chlamydiose génitale et de l'infection gonococcique sur prélèvement urinaire, pour la clientèle desservie par les équipes de prévention et de dépistage des ITSS des CLSC désignés de Montréal Centre : Mode d'emploi.

INTRODUCTION

En 1989, suite à l'initiative du Centre québécois de coordination sur le sida, deux CLSC de la région de Montréal Centre (les CLSC Métro et Des Faubourgs) ont implanté des équipes d'interventions spécialisées sida. Ces équipes furent chargées de mandats régionaux en matière de dépistage du VIH, de formation, d'éducation, de support psychologique et de surveillance, elles eurent également à assurer des fonctions de soutien aux autres régions. Par la suite, deux autres équipes d'intervention sida ont vu le jour à Montréal, l'une d'entre elles avait le mandat d'intervenir dans deux milieux carcéraux de juridiction provinciale (équipe relevant du CLSC Ahuntsic) et une autre auprès de la communauté haïtienne (équipe relevant du CLSC St-Michel).

Dans le cadre d'une révision des activités des équipes sida de Montréal (Cadre de référence, Équipes spécialisées prévention Sida-MTS des CLSC, RRSSS Montréal-Centre, mars 1999) et conformément aux orientations ministérielles (Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4), il a été recommandé d'orienter plus directement les services préventifs de ces équipes vers les clientèles vulnérables, et d'élargir l'intervention préventive au-delà du seul dépistage de l'infection à VIH. Un total de 9 CLSC, incluant les quatre qui étaient déjà impliqués, ont reçu des mandats spécifiques liés à des clientèles vulnérables : les CLSC Ahuntsic, Des Faubourgs, Hochelaga Maisonneuve, Métro, Petite Patrie, Plateau Mont-Royal, Rosemont, St-Michel et Villeray.

Au printemps 2002, la Direction de santé publique se voyait confier la tâche de dresser un bilan des activités des neuf équipes de prévention et de dépistage des ITSS. Le but de ce bilan, qui couvrait les trois années de fonctionnement ayant suivi le dépôt du cadre de référence, était d'adapter les modalités d'application du programme des « Équipes de prévention et de dépistage des ITSS des CLSC désignés» (ÉPDITSS) afin notamment d'augmenter la capacité de celui-ci à rejoindre les populations vulnérables visées et à dispenser à ces populations la gamme de services préventifs prévus.

Les objectifs de cette démarche formative étaient de :

- Dresser un portrait sommaire des caractéristiques des populations vulnérables de chacun des territoires des équipes spécialisées VIH ;
- Documenter le niveau d'actualisation du programme dans chacun des CLSC : portrait des projets et activités entrepris, des services dispensés ainsi que des ressources humaines et financières (diverses sources de financement le cas échéant) consacrées à ce programme ;
- Apprécier les transactions des équipes avec leurs partenaires: autre personnel du CLSC, organismes communautaires, ressources du réseau de la santé de 1ère et 2ième ligne ;
- Apprécier l'ensemble des facteurs facilitants et des obstacles vécus par les équipes de CLSC dans l'implantation du programme.

Après la détermination avec les représentants de la Direction des services de 1ère ligne et des ÉPDITSS d'objets sur lesquels devait porter le bilan et l'identification d'un certain nombre d'indicateurs, des informations ont été colligées à partir d'entrevues individuelles et de groupes avec les membres des ÉPDITSS et d'autres interlocuteurs clés, ainsi qu'à partir de l'analyse de plusieurs sources documentaires et statistiques. Les données ainsi obtenues ont d'abord été compilées sous forme de neuf grille-bilan (une pour

chaque ÉPDITSS), lesquelles ont été validées par les professionnels et coordonnateurs concernés. Par la suite, des ajustements ont été apportés et une synthèse des grilles individuelles a été rédigée.

Le présent document comporte cinq chapitres : l'environnement des ÉPDITSS (les orientations provinciales et régionales de santé publique, les caractéristiques de certaines populations vulnérables de Montréal et la recension des écrits sur l'intervention de proximité); les spécifications du programme des équipes de prévention et de dépistage des ITSS des CLSC désignés de Montréal; la démarche d'évaluation pour le présent bilan, les résultats de l'étude, la discussion et les enjeux.

1. CONTEXTE

Les éléments suivants sont présentés : des orientations provinciales et régionales de santé publique en matière d'ITSS, une recension des écrits sur des programmes mis en place au Canada ou aux États Unis comportant des interventions de proximité ou de "*outreach*" menées par du personnel infirmier et enfin, des caractéristiques de certaines populations vulnérables de Montréal.

1.1 ORIENTATIONS

1.1.1 Stratégie Québécoise de lutte contre les MTS

La stratégie québécoise de lutte contre les MTS (Imbleau et coll. 2002) vise : « à accroître, auprès de la population en général et des populations vulnérables, les actions de promotion de la santé et de prévention des MTS; à améliorer la qualité et l'efficacité des soins et des services ainsi que l'accessibilité à ces soins et à ces services en tenant compte davantage des caractéristiques des populations vulnérables et à créer un environnement social propice à la prévention, aux soins et aux services et à la prise en charge par les personnes de leur santé, dans le respect de leurs droits. Les orientations retenues se déploient sur deux grands axes : le premier relève de la consolidation et de l'optimisation des mesures qui ont obtenu des résultats positifs, et le deuxième s'attache à l'adaptation des services aux populations les plus vulnérables.

Axe 1 Consolidation des mesures ayant obtenu des résultats positifs

1. Mener une lutte commune contre les MTS et le VIH, là où c'est possible.
2. Maintenir la prévention des MTS et s'engager plus à fond sur la voie de la promotion de la santé :
    a. Poursuivre les actions visant l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires.
    b. Intervenir en amont des problèmes :
        i. Jeunes en milieu scolaire ;
        ii. Jeunes en difficulté d'adaptation.
    c. Favoriser le développement du potentiel d'action des groupes et des personnes vulnérables
3. Accroître la qualité des services relatifs aux MTS et l'accessibilité à ces services :
    a. Orienter le dépistage de l'infection à chlamydia et de l'infection gonococcique vers des populations à risque mieux ciblées.
    b. Généraliser l'utilisation des technologies plus performantes.
    c. Intensifier la notification aux partenaires de personnes atteintes de MTS.
4. Disposer des connaissances nécessaires :
    a. Sensibiliser, informer et former les médecins, les autres professionnels de la santé et des services sociaux ainsi que les intervenants communautaires.
    b. Améliorer la surveillance des MTS.
    c. Accentuer la recherche et l'évaluation dans le domaine des MTS.

Axe 2 Adaptation des services aux populations les plus vulnérables aux MTS

1. Diversifier les modalités des services relatifs aux MTS.
2. Assouplir le fonctionnement des services.
3. Intégrer plusieurs services dans l'offre faite aux populations vulnérables.
4. Favoriser l'approche multidisciplinaire.

5. Réorienter l'organisation des services et les ressources affectées au dépistage anonyme du VIH ».

1.1.2 Programme national de santé publique 2003 – 2012

Le "Programme national de santé publique 2003-2012" (Direction générale de santé publique, MSSS, 2003) énumère plusieurs objectifs qui sont directement liés aux mandats et activités des ÉPDITSS :

- **Concernant les maladies évitables par l'immunisation :**

1. Vaccination contre l'hépatite A des groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec.
2. Vaccination contre l'hépatite B des élèves de 4e année et des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec.

- **Concernant le VIH/sida, VHC et les infections transmissibles sexuellement (ITS)**

1. Prévention auprès des adolescents et des adultes appartenant à des groupes vulnérables en ce qui concerne le VIH/sida, le VHC et les ITS.
2. Intervention visant l'échange de seringues pour prévenir la transmission du virus de l'hépatite B et du virus de l'hépatite C ainsi que la transmission du VIH.
3. Intervention visant la récupération de seringues usagées (hépatite B, VHC, VIH).
4. Organisation des services intégrés de dépistage du VIH/sida, du VHC et des ITS.
5. Intervention préventive auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS et, sur demande du médecin traitant, auprès d'une personne qui a contracté le VIH.
6. Prophylaxie post-exposition (VIH).
7. Promotion des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH/sida, du VHC et des ITS.

1.1.3 Services intégrés de dépistage (SID) ITS-VIH-hépatites

Au Québec, les services de dépistage anonyme existent depuis 1989, ils se retrouvent aujourd'hui dans plus de 65 sites où au moins une personne offre les services de *counselling* pré-test et post-test, de prévention et de dépistage.

Extrait de « Le dépistage anonyme du VIH : Vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales – Orientations », (Morin, Bouchard et al. 2001) : « On préconise le réaménagement des services de dépistage anonyme du VIH en Services intégrés de dépistage du VIH, des ITS et des hépatites virales (SID). Plusieurs raisons militent en faveur de l'intégration du dépistage des ITS dans les activités des services de dépistage anonyme du VIH. En effet, les MTS jouent un rôle actif dans la transmission du VIH et les programmes de prévention du VIH favorisent la prévention primaire des ITS. De plus, les populations les plus vulnérables aux ITS sont les mêmes que celles identifiées à haut risque d'infection par le VIH. Aussi, il est difficile de joindre ces populations, d'où la nécessité de ne pas les contraindre à consulter deux services différents. Or, les services de dépistage anonyme du VIH sont reconnus comme ressource spécialisée en prévention du VIH-sida et pour leur expertise en *counselling* pré-test et post-test. Il s'avère donc pertinent d'intégrer la prévention et le dépistage des ITS dans les services offerts par les équipes de dépistage anonyme du VIH.

Compte tenu des enjeux liés au dépistage anonyme du VIH, de l'importance de joindre les groupes les plus vulnérables au VIH et aux MTS, de la nécessité d'orienter les actions vers l'intégration de la prévention au contexte actuel de soins et de services, du besoin d'accroître les mesures relatives à l'approche préventive

individualisée et, finalement, compte tenu des éléments de la Stratégie québécoise de lutte contre les MTS, le Ministère de la Santé et des Services Sociaux énonce des orientations qui s'inscrivent comme des mesures complémentaires aux services offerts par d'autres ressources et qui s'intègrent au continuum de services qui se développe dans le réseau de la santé et des services sociaux :

1. L'accessibilité au test de dépistage anonyme du VIH doit être maintenue dans les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales.
2. L'accessibilité aux « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » signifie qu'il faut joindre les populations vulnérables ou à risque là où elles se trouvent.
3. Les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » doivent offrir, aux populations vulnérables ou à risque, les différents types de tests utilisés pour le dépistage du VIH, des autres MTS et des hépatites A, B et C. Lorsque cela est indiqué, le personnel des « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » proposera la vaccination contre les hépatites A et B et assurera l'accessibilité aux traitements.
4. Les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » doivent être en mesure d'assurer un soutien aux personnes désireuses d'adopter et de maintenir des comportements sécuritaires.
5. Les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » doivent offrir un service de soutien à la notification aux partenaires.
6. Les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » et leurs activités doivent être en relation avec les services de première ligne des CLSC, et ce, selon le plan d'organisation de services des régies régionales de la santé et des services sociaux.
7. Les « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales » doivent faire partie intégrante de l'éventail des activités (promotion, prévention, soins et services) du réseau de la santé et des services sociaux et maintenir un lien avec les organismes communautaires qui se préoccupent des personnes vulnérables, des personnes vivant avec le VIH-sida et de celles atteintes d'une MTS.
8. Afin de maximiser la portée des actions des intervenants, il importe de favoriser une formation continue.
9. Des stratégies et des outils de sensibilisation devront être conçus, en fonction des populations vulnérables ou à risque, pour les sensibiliser aux problèmes entourant le VIH, les MTS et les hépatites virales ainsi que promouvoir la fréquentation des « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales.
10. Des mécanismes d'évaluation devront être mis en place et harmonisés afin de permettre, sur une base régulière, une analyse de l'ensemble des « Services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales.

Tout SID devra rendre compte à sa régie régionale des activités déployées dans son service et sur son territoire. La régie régionale devra transmettre annuellement, au CQCS, un rapport régional annuel comprenant deux volets : les activités des SID et les activités de la régie régionale ».

1.1.4 Plan d'action montréalais en santé publique, la prévention en action 2003-2006

Le nouveau plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006 propose plusieurs cibles d'action à l'égard des infections transmissibles sexuellement ou par le sang.

Assurer une connaissance/surveillance des infections transmissibles sexuellement, du VIH-Sida et de l'hépatite C

1. Maintenir les activités de surveillance des ITS à déclaration obligatoire, du VIH et de l'hépatite C et les études sur les déterminants en lien avec les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (ex. : étude du passage à l'injection, comportements à risque chez les personnes séropositives).

Soutenir l'offre de services préventifs visant les infections transmissibles sexuellement ou par le sang pour les clientèles les plus vulnérables

1. Soutenir le développement des services de prévention des infections transmissibles sexuellement ou par le sang en CLSC pour les clientèles suivantes : usagers de drogues par injection, jeunes de la rue, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, communautés autochtones et populations en provenance de pays où les infections transmissibles sexuellement ou par le sang sont endémiques.
2. Développer et consolider l'intervention clinique dans la rue auprès de groupes vulnérables, surtout les jeunes de la rue et les usagers de drogues par injection, selon le territoire de CLSC.
3. Consolider l'adaptation des services préventifs pour les usagers de drogues par injection en CLSC dans les sous-régions les plus à risque, nord-centre et sud-ouest, en développant des services pour eux dans 14 CLSC plutôt que 9.
4. Améliorer l'accessibilité au matériel de protection contre les infections transmissibles sexuellement ou par le sang auprès des groupes vulnérables.
5. Améliorer la coordination entre les services communautaires et la 1er ligne afin d'assurer une meilleure continuité.
6. Participer avec des instances nationales dans la mise en place d'un système intégré de surveillance des risques liés à la transfusion et la transplantation.
7. Soutenir les organismes communautaires dans leurs activités en rapport avec la Stratégie québécoise sur les infections transmissibles sexuellement ou par le sang.
8. Lancer quatre nouveaux programmes communautaires d'échange de seringues dans les territoires suivants : Plateau Mont-Royal/Saint-Louis-du-Parc, Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Henri, Côte-des-Neiges/Notre-Dame-de-Grâce.

Assurer la notification aux partenaires pour tous les cas infections transmissibles sexuellement ou par le sang identifiées comme prioritaires.

1. Consolider un service régional et faire la promotion auprès de la clientèle dans divers milieux cliniques.

Promotion des comportements préventifs

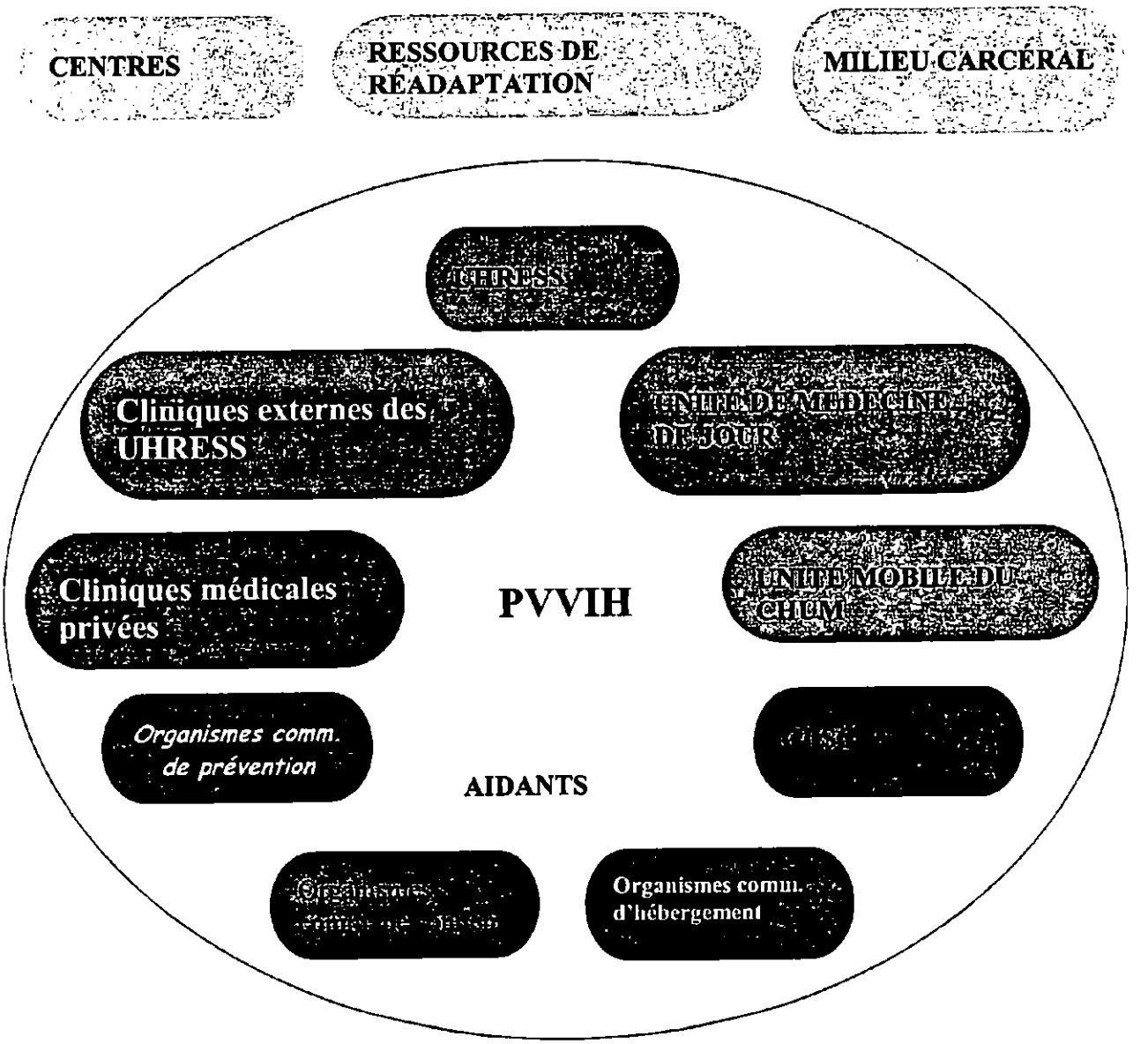
1. Promouvoir auprès des populations vulnérables et des jeunes en général des comportements préventifs à l'égard des infections transmissibles sexuellement ou par le sang incluant, selon le groupe visé, une sexualité responsable, l'injection à risques réduits, le dépistage et la vaccination.
2. Développer, expérimenter et évaluer des modèles d'intervention adaptés aux nouvelles réalités.

1.1.5 Planification stratégique 2003-2006, organisation des services VIH – SIDA, Montréal Centre

La « Planification stratégique 2003-2006 » de la Régie régionale de Montréal Centre vise l'articulation d'un ensemble de services efficaces, adaptés, intégrant : des services de prévention et de dépistage près des milieux de vie, des services de 1ère ligne et des services spécialisés ambulatoires, des services spécialisés et ultra spécialisés différenciés et complémentaires pour chacune des nouvelles problématiques VIH/sida.

Les principaux partenaires actuellement impliqués en regard des personnes vivant avec le VIH-Sida et les populations à risque d'être infectées sont : 4 UHRESS, 4 hôpitaux satellites, 1 équipe mobile, 3 cliniques privées, 9 CLSC ayant des mandats spécifiques, 16 organismes communautaires, 1 centre de réadaptation en toxicomanie (voir organigramme ci-joint). Le budget global alloué à ce programme est de 9 708 103 $.

ORGANISATION ACTUELLE DES SERVICES EN VIH-SIDA



Les objectifs et les ressources de l'Équipe mobile VIH-toxicomanie de l'UHRESS du CHUM est présentée ici de même que ceux de deux autres partenaires privilégiés des ÉPDITSS qui ne figurent pas à l'organigramme précédent : l'Équipe Jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs et l'organisme Médecins du Monde.

CHUM - Équipe mobile VIH-toxicomanie

Extrait de rapport d'activités – (Lahaie C, Équipe mobile de l'UHRESS du CHUM, Rapport préliminaire, novembre 2001) :

- **Mandat général – Clientèle cible**

« L'équipe mobile offre un suivi dans le milieu de vie des personnes toxicomanes utilisatrices de drogues par injection (UDI) atteintes du VIH afin de faciliter l'accès aux soins et aux services à une clientèle plus fortement désorganisée et marginalisée et améliorer son adhésion au traitement.

- **Stratégies d'intervention**

Suivi infirmier : Les stratégies visent essentiellement à faire la mise à jour de la vaccination contre les hépatites A et B, le pneumocoque, l'influenza; assurer le dépistage des MTS et de la tuberculose; introduire la thérapie antirétrovirale supervisée Gérer efficacement les effets secondaires; assurer l'adhésion au suivi médical; intervenir lors de manifestations cliniques ou psychologiques; assurer le lien avec les équipes intra-hospitalières lors des séjours au CHUM.

Suivi psychosocial : Les stratégies sont davantage de l'ordre de : planifier la réorganisation de base (inscription à la RAMQ et à l'aide sociale...); agir sur l'instabilité au niveau du logement et la capacité plus ou moins grande de gérer un budget; outiller la personne pour l'aide alimentaire; mettre en place des mécanismes efficaces de référence dans le réseau de l'hébergement VIH, de la toxicomanie et de la santé mentale; régulariser la situation légale; accroître l'autonomie de la personne.

Un jumelage usager/intervenant est effectué dès l'entrée en suivi en raison du profil dominant : santé précaire (infirmière attitrée) ou désorganisation sociale (intervenant psychosocial attitré). À ce titre, 51 % des usagers bénéficient d'un suivi infirmier, 26 % d'un suivi psychosocial et 23 % nécessitent un suivi conjoint (infirmier/intervenant social).

- **Ressources**

L'équipe mobile est constituée de 3 infirmières et de 2 intervenants sociaux; elle est rattachée à L'UHRESS du CHUM et de son groupe de médecins.

- **Services**

Description de la clientèle en suivi

Il s'agit de 140 personnes (au moment du rapport préliminaire, en novembre 2001) dont l'âge moyen est de 40 ans, tous des consommateurs actifs (polytoxicomanie avec une nette prédominance de la cocaïne, 3 non-UDI) et tous sont bénéficiaires de l'aide sociale, la majorité ont été inculpés pour une effraction au code

criminel au moins une fois dans leur vie. Tous sont co-infectés par l'hépatite C (seuls 3 des 140 usagers ne le sont pas mais sont non-UDI), 50 % ont un bilan immunitaire révélant des CD4 sous la barre des 200 cellules/mm^3 et 32 % ont un diagnostic connu au plan de la santé mentale.

Thérapie antirétrovirale

Une proportion de 21 % d'usagers débute la thérapie antirétrovirale (TAR) en étant en suivi avec l'équipe. Au total, 64 % des usagers sont donc sous TAR puisque 43 % l'étaient déjà en début de suivi (le motif de la référence à l'équipe en est souvent un d'adhésion douteuse au traitement). Toutefois 20 % ont une indication de traitement mais leur grande instabilité psychosociale (itinérance/santé mentale/criminalité) explique un délai d'introduction de la médication. L'équipe travaille alors à réunir les conditions nécessaires pour pouvoir le faire incessamment. Par ailleurs, 16 % des usagers n'ont pas d'indication franche de traitement selon les nouvelles lignes directrices en vigueur et 2 % présentent une condition de santé associée pour laquelle la TAR est contre indiquée (cirrhose décompensée).

Charge de travail

En ce qui a trait aux sorties du programme, elles sont théoriquement possibles mais, à priori, le suivi par l'équipe mobile en est un à long terme en regard d'un problème de santé chronique. Les portes de sortie avec prise en charge complète des usagers sont inexistantes à l'heure actuelle dans le réseau. C'est pourquoi nous demeurons toujours impliqués dans les suivis.

Le nombre de patients visités dans leur milieu de vie ou accompagnés dans différentes démarches est de l'ordre de 18 usagers/semaine/intervenant. Ceci ne tient pas compte des entrevues téléphoniques ni des discussions de cas avec le réseau les concernant. Le nombre maximum d'usagers en suivi actif est de 25 personnes/intervenant. Il n'y a pas à l'heure actuelle, de liste d'attente pour les suivis mais la capacité maximale des « cases load » de chacun des intervenants est atteinte. Étant donné l'absence de relève dans le réseau, il devient difficile de penser rejoindre l'ensemble de la clientèle visée et de lui offrir les services appropriés et ce, dans un avenir rapproché.

L'équipe Jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs

Extrait d'un rapport préliminaire, période 2002-2003 – (document obtenu par l'intermédiaire de M. Jean Groulx, CLSC des Faubourgs).

- **Mandat – Clientèle cible**

L'équipe Jeunes de la rue a vu le jour suite au rapport « Le défi de l'accès » (D.S.P. de Montréal Centre, 1998) qui a révélé la nécessité de repenser l'intervention auprès des jeunes de la rue notamment en travaillant sur l'accès de ces jeunes aux services de soins et sociaux dont ils ont besoin.

Elle cible les jeunes de la rue âgés de 14 à 25 ans, vivant ou non dans la rue avec ou sans papier, pouvant fréquenter les ressources pour les jeunes de la rue, ou en situations précaires de se retrouver dans la rue. Il s'agit de jeunes souvent marginalisés, ne fréquentant pas le réseau de la santé et présentant des problèmes

divers problèmes tels que :Toxicomanie - Difficulté d'intégration- Judiciarisation - MTS – VIH – hépatites - Besoins primaires non-comblés- Santé mentale(dépression, anxiété, psychose, suicide, TSPT).

- **Stratégies d'intervention**

Une équipe interdisciplinaire intervient dans un site principal (situé au sous-sol du CLSC des Faubourgs point de service Sanguinet) et circule dans quelques sites satellites. L'équipe est envisagée comme une plate-forme et une plaque tournante, pour assurer l'accès aux services des jeunes de la rue.

- **Ressources**

Deux infirmières à temps plein, deux psychologues à un temps plein et un à deux jours semaine ; trois médecins 1/fois semaine chacun; une commis intermédiaire ½ temps; deux dentistes et stagiaires 1/fois semaine; une paire aidante ; un gardien de sécurité, collaboration des médecins de la clinique des jeunes. Les dépenses annuelles totales de fonctionnement de cette équipe en 2002-2003 ont été de 323 774.00 $.

- **Services**

Les types de services que l'équipe offrent sont : services d'accueil et d'information (par des jeunes et des infirmières) ; soins médicaux de base; services psychosociaux ; arrimage étroit avec les milieux de vie et les organismes du milieu ; référence aux services de 2e ligne au besoin ; professionnels spécialisés sur place ; corridors de référence vers les services spécialisés des établissements. L'équipe Jeunes de la rue intervient principalement dans ses locaux situés au sous-sol du CLSC des Faubourgs, site Sanguinet mais elle intervient aussi au sein d'organismes communautaires. La vision est davantage celle d'une présence (invitation) du recrutement de jeunes dans les organismes et de dispensation de services au site principal.

Équipe jeunes de la rue CLSC des Faubourgs – 2002-2003

Sous-programme	Nombre d'usagers différents	Nombre d'interventions	Nombre d'activités ponctuelles
Services infirmiers	685	1825	291
Services psychosociaux	71	465	230

En 2002-2003, un total de 80,3% des services infirmiers (interventions et activités ponctuelles; n=2116) l'ont été dans les locaux du CLSC au site Sanguinet, 12,3% l'ont été dans les locaux de 6 organismes communautaires (Chez POPS, Le Roc, Le Tournant, Passages, Refuge des jeunes et Relais méthadone), et 2,9% dans la rue et 4,5% dans divers autres lieux.

Médecins du monde

Extrait des rapports : « Bilan de la phase 1 du Projet Montréal (1999-2000) » et « Phase 2 du Projet-Montréal (2003-2005) de Médecins du Monde : Appui aux services destinés aux personnes exclues des soins de santé de Montréal » (documents obtenus par l'intermédiaire de Mme Marie Michelle Ross, coordonnatrice soins de santé).

- **Mandat – Clientèle cible**

« Dans le cadre de son mandat d'implantation de missions locales, Médecins du Monde a réalisé, de 1999 à 2002, en partenariat avec huit organismes, le projet : «Soins de santé de terrain, d'appui psychosocial et de formation».

- **Stratégies d'intervention**

Le projet se réalise en étroite collaboration avec les organismes: L'Anonyme, Cactus Montréal, Dans la rue, En Marge 12-17, le Refuge des jeunes et le logement social du Refuge, Séro-Zéro, Spectre de rue et Stella. Après une analyse de besoins, d'autres organismes communautaires à l'extérieur du Centre ville pourront être greffés à la deuxième phase du Projet-Montréal, soient : La roulotte l'Accès-soir de Ahuntsic-Bordeaux-Cartierville, Dopamine, Méta d'Âme, Pact de rue et le TRAC.

- **Ressources**

Durant la phase 1 (1999-2002) le projet Montréal a fonctionné avec les ressources humaines suivantes : 1 coordonnatrice; 2 infirmières de proximité et une psychologue.

- **Services**

Soins / santé-terrain aux clientèles marginalisées

Durant la période de juin 2000 à mars 2002, les infirmières ont rencontré 950 personnes dont 596 hommes, 329 femmes. Le temps de présence sur le terrain totalisait environ quarante heures par semaine. Les principaux soins donnés furent : soigner différents problèmes de plaies, de ORL, de peau, de parasites et de difficultés respiratoires. Les problèmes psychologiques les plus fréquemment rencontrés furent : dépression, agressivité et violence, problèmes d'adaptation et relations interpersonnelles. Des actions en éducation et promotion de la santé ont été réalisées. Plusieurs sessions de vaccination ont eu lieu dans les différents endroits ciblés pour l'intervention, 427 vaccins contre l'hépatite A et B ont été administrés. Les infirmières ont été présentes dans la rue, les bars de danseurs(euses), les agences d'escortes, les centres de distribution et de récupération de matériel stérile d'injection, un motorisé, certains refuges et centres de jour ainsi que plusieurs piqueries et *crack house*.

Support psychologique aux intervenants

Un support psychologique individuel fut offert aux intervenants communautaires faisant partie des huit organismes partenaires. Durant la période de septembre 1999 à mars 2002, MDM a conduit 379 rencontres auprès d'une trentaine de personnes. Les différentes demandes d'aide psychologique se situaient principalement autour des problématiques suivantes : dépression, troubles d'adaptation, problèmes de consommation et de dépendance, problèmes de couple, manque de reconnaissance de leurs pairs, du milieu et des proches, épuisement professionnel, problèmes à la suite de la violence de la clientèle, réorientation de carrière et problèmes organisationnels au travail. Le support psychologique de groupe a débuté en mai 2001, à raison d'une rencontre mensuelle pour chacun des organismes participants. Médecins du Monde a offert 49 rencontres (de 1h1/2 heures chacune) de mai 2001 à mars 2002. Six organismes ont bénéficiés de ce service.

Formation aux intervenants

Un calendrier de formation fut proposé aux intervenants sur une période de deux ans. Ces formations touchaient différentes problématiques, telles : la violence et l'agression, les problèmes de santé reliée à la consommation de drogues, les problèmes de santé mentale rencontrés dans la rue, la grossesse et les utilisatrices de drogues injectables, les soins aux intervenants et l'épuisement professionnel, l'intervention en situation de crise, les agressions sexuelles, l'abus et le viol, l'image du corps et le phénomène de gangs de rue et la multi-ethnicité. Une participation très forte à ces ateliers fut enregistrée. Ainsi, 175 inscriptions furent présentées pour ces formations, selon une moyenne de 17.5 personnes par atelier.

- **Perspectives**

Le Projet Montréal de Médecins du Monde débute La Phase 2 (2003-2005) : « Appui aux services destinés aux personnes exclues des soins de santé de Montréal ». Le projet s'étalera sur une période de 3 ans - de janvier 2003 à décembre 2005 - et prévoit l'embauche du personnel suivant : 1 coordonnatrice de projet, 2 infirmières, 1 psychologue de groupe et une banque de 5 psychologues pour le support psychologique individuel. Le coût total des opérations sur trois ans est de 475 446 $ et le financement accordé par le Ministère de la santé et des services sociaux (Régie régionale de Montréal-Centre) est de 300 000 $ étalés sur 3 ans ».

1.1.6 Plan d'action (1998-2002) - Ministère de la sécurité publique

Le Ministère de la sécurité publique dans son « Plan d'action 1998-2002 concernant les moyens de prévention de la transmission du VIH en milieu carcéral en regard de la clientèle UDI » a établi une liste de recommandations qui interpellent les ÉPDITSS :

1. Que les SCQ inscrivent leurs actions dans une approche de réduction des méfaits en matière de santé conformément à l'approche préconisée en santé publique et selon les recommandations de l'OMS.
2. Que les SCQ revoient leur mode de distribution des condoms dans tous les établissements de détention.
3. Que les SCQ élaborent une instruction afin d'élargir le cadre de distribution des condoms et ne plus le laisser à la charge exclusive du service de santé de l'établissement de détention.
4. Que les SCQ rendent officiellement disponible l'eau de Javel dans tous les établissements de détention.
5. Que les SCQ favorisent la poursuite des traitements à la méthadone entrepris avant l'incarcération lorsque le médecin traitant confirme le respect par le client du suivi médical.
6. Que les SCQ ne rendent pas accessible aux personnes incarcérées du matériel d'injection stérile, pas plus qu'ils n'expérimentent un programme d'accessibilité à du matériel d'injection stérile en milieu carcéral.
7. Que les SCQ s'associent avec les ressources de la communauté pour rendre accessible aux personnes incarcérées l'information quant aux pratiques sécuritaires du tatouage et du perçage ainsi qu'aux risques associés au tatouage artisanal.

1.2 RECENSION DES ÉCRITS CONCERNANT L'INTERVENTION DE PROXIMITÉ

1.2.1 Fondements de l'intervention de proximité (*outreach*)

Dans le contexte Nord-Américain, le "street work", appelé travail de proximité par certains auteurs (Bastien coll., 2001), représente les différentes formes d'engagement en faveur des publics exclus. Cette forme d'action est développée directement dans l'espace de vie des personnes concernées. Il vise, de proximité ou dans le temps, une action sur les problèmes qui accablent les personnes, et, à terme, la réaffiliation (Béhanzin, 2002).

L'origine du concept "street work" remonte au milieu des années 1920 lorsque deux sociologues de Chicago, Shaw et Mckay réalisent des études sur la criminalité et la délinquance de groupes de jeunes marginalisés. Ces recherches dégagent de nouvelles pistes de travail auprès des jeunes. Leur objectif principal est d'établir des relations constructives et solidaires avec les jeunes et leurs gangs les plus difficilement accessibles (Pector, 2001, cité par Béhanzin, 2002).

Au Québec, selon Duval et Fontaine (2000, cités par Béhanzin, 2002) cette forme d'intervention est apparue à la fin des années 1960 : « cette pratique est née de la volonté de rejoindre des personnes pratiquement inaccessibles par le biais des services sociaux traditionnels, à savoir des jeunes et des exclus qui, en rupture avec l'autorité, se méfient des services institutionnels (médicaux, psychosociaux, et juridiques) et les évitent » (Béhanzin, 2002). À Montréal, elle a pris son essor à la fin des années 80 et au début des années 90, particulièrement autour des problèmes engendrés par la toxicomanie dans le contexte de l'épidémie du SIDA. En 1992 a eu lieu une première rencontre internationale de travailleur(se)s de rue dans le cadre du colloque « Une génération sans nom (ni oui!) les jeunes de la rue et leur avenir dans la société ». En 1993, le travail de rue au Québec vit une étape significative avec l'incorporation de l'Association des Travailleuses et Travailleurs de rue du Québec (ATTRrueQ) (Béhanzin, 2002).

Comme l'anthropologue, le travailleur de proximité doit s'imprégner de l'existence de sa population cible pour espérer apprendre, comprendre et au-delà du travail de l'anthropologue, il va aider, soulager et prévenir (Béhanzin, 2002). Comme l'a montré l'étude exploratoire ethnométhodologique de Bastien (2001), ce processus est long, complexe et fragile, car, à tout moment, des évènements peuvent venir bouleverser la vie de ces personnes (rafles policières, overdose, dépression). Pour Duval et Fontaine (2000), le travail de médiation pour lequel les travailleurs de rue sont sollicités est en effet délicat et les place dans une position difficile. C'est ainsi qu'en matière de travail de proximité, il y a une cohabitation complexe et tendue entre les intervenants de la Santé publique et les forces de la Sécurité Publique (Béhanzin, 2002).

La terminologie *outreach* se rapporte aux interventions médico-sociales de rue ou aux services communautaires (Béhanzin, 2002). Ainsi, le plus souvent, le psychologue dans la rue rattaché à une équipe pour une médiation du jeune en rupture sociale, l'accompagne pour l'aider à restaurer son image, à construire un projet et à le mettre en œuvre (Vergne, 1997, cité par Béhanzin, 2002). Une telle conception est partagée par certains responsables d'organismes communautaires qui désignent l'*outreach* comme un modèle d'intervention type « modèle de Diogène » : la transposition de l'hôpital dans la rue. Pour d'autres, il n'y actuellement aucune nuance à faire entre l'*outreach* et le travail de proximité. Historiquement le terme

outreach désignait une stratégie utilisée par certains organismes communautaires, dont les travailleurs allaient dans la rue en vue d'orienter les personnes ciblées vers les sites d'interventions de ces organismes. Cette conception originale consiste à rejoindre les personnes marginalisées dans la rue et les diriger vers les ressources disponibles. C'est le démarchage pour la satisfaction des besoins de la personne marginalisée (Béhanzin, 2002).

Le travail de proximité pour la lutte contre les ITS/VIH a connu un important développement au Québec depuis la fin des années '80. Cette pratique de prévention, empreinte d'une histoire de mobilisation et d'émancipation émanant de l'action communautaire, a permis de rejoindre des individus et des groupes qui ne peuvent l'être autrement : prostitués(es), toxicomanes, itinérants, jeunes de la rue (Bastien et coll., 2001). Contrairement à d'autres formes de pratiques sociales pouvant s'associer à des actions de prévention, le travail de proximité, qu'il s'agisse d'*outreach*, de travail de milieu ou de rue, se construit sur une base relationnelle volontaire en direction des personnes vivant, dans bien de cas en marge de la société (Bastien et al., 2001).

Une étude effectuée à Montréal sur le travail de proximité, établi les constats suivants : (1) le travail de proximité est une pratique qui donne accès à des milieux de vie et à des individus qui seraient difficilement joignables autrement ; (2) parmi les rôles marqueurs de prévention dans le travail de proximité, celui de médiateur est sans doute le plus manifeste ; (3) les méthodes classiques couramment employées pour évaluer les interventions de prévention ne semblent pas pouvoir s'apparier facilement à l'univers de la rue (Trottier et coll., 2002).

D'autres auteurs ont essayé de définir le travail de proximité ou le « *Outreach* ». Ainsi Valentine et Wright-De Agüero (1996) soutient que le travail de *outreach* comporte deux principaux type d'interaction : le contact et la rencontre. Le contact se définit comme une interaction face à face pendant laquelle ont lieu des échanges de matériel et/ou d'information entre l'intervenant et le client ou un petit groupe de clients. Alors que la rencontre est une interaction face à face entre le travailleur et le client qui inclut une évaluation individuelle, la dispensation d'un service spécifique en réponse au besoin identifié du client et la planification d'un suivi. Autrement dit, le contact fourni le moyen d'initier une interaction avec un client potentiel dans la communauté et la rencontre représente une opportunité plus significative d'aider le client afin qu'il débute un changement de comportement.

Afin qu'ils soient efficaces, les projets qui visent les populations difficilement joignables devraient utiliser l'expérience des travailleurs de rue issus du milieu et être guidés par une certaine rigueur théorique (Cheney et Merwin, 1996).

1.2.2 Intervention de proximité et rôle des infirmières

Si le rôle des travailleurs de rue a été bien documenté par des recherches, on constate que la littérature est plutôt pauvre en ce qui concerne les dimensions de l'intervention infirmière de proximité *(outreach)*. Dans les lignes qui suivent sont présentés quelques exemples d'intervention de proximité à caractère clinique dont plusieurs illustrent l'implication des infirmières et son importance.

1.2.2.1 Expériences au Canada

Montréal - Centre d'hébergement, soins de santé primaire

Une recherche a été réalisée sur le rôle des infirmières dans des cliniques de *outreach* localisées dans six centres d'hébergement et de jour du centre ville. Pendant la période à l'étude les infirmières ont vu 132 individus et ont fait 199 interventions, chacune avec une durée de 10 à 30 minutes. Entre 30 et 50 individus étaient rencontrés chaque semaine. Les infirmières ont dû faire preuve de patience, d'empathie et de « non-jugement ». Concernant l'intervention à proximité, les infirmières ont identifié deux étapes : (1) répondre à la demande de la personne (tel que le soulagement de la douleur) ; (2) par la suite investiguer les autres besoins. Les cinq interventions considérées les plus aidantes étaient : (1) fournir des soins physiques ; (2) fournir des ressources essentielles (nourriture, chaussettes, médicaments en vente libre, tickets d'autobus etc.) ; (3) manifester une écoute et une attention ; (4) référer les clients aux travailleurs sociaux ; (5) organiser le suivi avec d'autres professionnels. L'étude a identifié deux facteurs qui facilitent l'intervention à proximité : le travail multidisciplinaire et le développement de partenariats avec les intervenants des centres pour la continuité et la coordination des soins. Les contraintes identifiées sont la bureaucratie et les lois restrictives concernant la santé mentale. L'infirmière est perçue par les autres professionnels comme un intervenant pivot de l'équipe, grâce à ses compétences et ses habiletés en soins de santé primaires (Thibaudeau et Deconcourt, 1997).

Montréal - Organismes communautaires, vaccination contre l'hépatite B, jeunes de la rue

En 1997, un projet de vaccination contre l'hépatite B a été développé avec la collaboration de vingt organismes travaillant auprès des jeunes de la rue de Montréal (refuges, centres de jour, motorisés, centres d'échange de seringues etc.). L'objectif du projet était d'augmenter la couverture vaccinale de cette population par le biais des cliniques organisées dans les organismes communautaires partenaires. Afin de compléter les trois doses du calendrier vaccinal un système de relance a été mis en place. Entre janvier 1997 et décembre 1999, 1300 jeunes de la rue de 14 à 25 ans ont été rencontrés dans le cadre de ce projet. Durant la première année, 681 jeunes ont reçu au moins une dose de vaccin et 503 d'entre eux ont accepté de compléter un questionnaire sur les facteurs de risque. Parmi ces répondants 32 % avaient déjà été initiés à l'utilisation des drogues injectables, 60 % avaient eu plus de 10 partenaires sexuels, 29 % des filles et 17 % des garçons avaient fait de la prostitution de survie. En décembre 1999, le taux global de couverture vaccinale parmi les 681 jeunes était de 81,4% pour la deuxième dose et de 57,9 % pour la troisième. Quant aux 503 jeunes qui ont rempli le questionnaire sur les facteurs de risque, les taux de vaccination complétée, c'est à dire trois doses, étaient de 65 % chez les jeunes ayant fait de la prostitution de survie, 62 % chez les jeunes garçons ayant déjà eu des relations sexuelles avec d'autres hommes et de 53 % chez les jeunes qui s'étaient déjà injecté des drogues. Les auteurs soulignent l'importance de mettre en place des projets de *outreach* à l'intention des jeunes marginalisés afin de leur offrir des services de santé adaptés à leurs besoins (Haley, Roy, Bélanger, Cargo, 1998).

Ottawa-Carleton- Centres fréquentés par les jeunes de la rue

Une étude pilote transversale a été réalisée dans six centres (deux drop-in, le centre régional de détention juvénile, deux programmes de désintoxication pour les jeunes et un groupe pour les adolescents à haut risque) fréquentés par les jeunes de la rue de 13 à 25 ans dans la municipalité d'Ottawa-Carleton. L'objectif de cette recherche était d'évaluer si les jeunes de la rue utiliseraient un programme de dépistage des infections transmises sexuellement (ITS) faisant appel à un prélèvement d'urine non effractif et non nominal

pour déceler le *Chlamydia trachomatis*, accompagné d'un suivi sans contrainte qui laisse au jeune le choix d'avertir ses partenaires lui-même en cas de résultat positif. Les jeunes ont répondu à un questionnaire anonyme et ont remis un échantillon d'urine qui faisait l'objet d'un test de détection de la *C trachomatis*. au moyen de la méthode RCP (réaction en chaîne de la polymérase). Les participants dont le résultat était positif recevaient une dose d'azythromycine, et chacun d'eux devait inciter ses partenaires sexuels à venir subir un test et recevoir un traitement. Cent soixante trois jeunes ont été recrutés (98 hommes et 65 femmes) pendant quatre mois d'étude, et 145 jeunes parmi les 146 sexuellement actifs ont fournit un échantillon d'urine. Dans l'ensemble, 25 % des jeunes sont venus spontanément chercher le résultat du test. Le taux de positivité a été de 8,2 % (12 participants, tous asymptomatiques). Neuf (9) des 12 participants positifs ont été retracés par les investigateurs et traités. On a demandé à ces neuf participants positifs de notifier leurs partenaires sexuels. Seulement cinq autres jeunes ont été notifiés par leur partenaire et se sont présentés pour passer un test et recevoir le traitement. Les chercheurs estiment que les jeunes de la rue ont participé à ce programme de dépistage des ITS parce que des méthodes simples et appropriées à leur style de vie ont étaient utilisées. La présence de la *C trachomatis* était élevée dans cette population difficile à rejoindre. Selon les auteurs, le faible taux de retour pour obtenir le résultat du test et le traitement, ainsi que le faible taux de notification des partenaires méritent des études plus approfondies. Il faudrait donc élaborer des stratégies qui encourageraient les jeunes à retourner pour chercher leur résultat du test, comme par exemple fournir des coupons de nourriture à ceux qui retournent. Idéalement les résultats devraient être disponibles immédiatement, mais techniquement ce n'est pas encore possible pour la *C trachomatis* (McCarthy et coll., 1999).

Vancouver - "AIDS Prevention Street Nurse Program"

À Vancouver, il existe depuis plusieurs années un programme de prévention du VIH-SIDA et des ITSS mené par des infirmières « de rue », auprès d'une clientèle marginale, difficile à rejoindre et à risque élevé (Hilton et coll. 2000). Le programme relève de la division de contrôle des MTS/SIDA du « British Columbia Centre for Disease Control ». Un total de 12 infirmières et de 2 agents de santé sont impliqués.

L'expérience développée par ces infirmières de rue de Vancouver a permis de rejoindre non seulement des jeunes, mais aussi d'autres populations marginalisées et à risque face au VIH et autres ITSS, telles que des HARSAH, des lesbiennes, des personnes bisexuelles et transsexuelles (Hilton et al. 2001). Les activités et les services portaient sur cinq éléments principaux : (1) rejoindre les populations vulnérables face au VIH/MTS ; (2) bâtir et maintenir la confiance, le respect et l'acceptation ; (3) faire la prévention du VIH/SIDA et des MTS, leur dépistage précoce et leur traitement ; (4) faire des liens et négocier avec le réseau de santé ; (5) influencer le réseau de santé et les collègues à être réceptifs envers ces populations. Ces services étaient dispensés individuellement ou en groupe, au niveau de la rue, dans des cliniques, en prisons, dans des centres pour les jeunes et ou de désintoxication. Quant aux résultats, durant une période de douze mois (1996-1997) les infirmières ont effectué 39 304 rencontres, environ 3000 tests VIH représentant 2 % à 3 % du total des tests de la province (BC), et ont identifié environ 10 % des cas VIH- positifs de la province. En 1998, les infirmières ont administré 5237 vaccins pour les hépatites A, B et l'influenza, ont effectué 11% des visites pour MTS de la province. Les clients bénéficiaient toujours d'un suivi. Le pourcentage des clients qui revenait chercher leurs résultats variait entre 76 % et 87 % en milieu carcéral pour femme, et entre 48 % à 58 % dans la prison de la ville et les centres de désintoxication.

Le programme de prévention du SIDA mené par les infirmières de rue à Vancouver a été évalué (Hilton et coll. 2000). Des infirmières de rue (n = 17), des pourvoyeurs de soins (n = 30), des représentants d'autres programmes HIV/MTS dans la province canadienne de la Colombie-Britannique (n = 5) et des clients (n = 32) ont été interviewés dans le but de décrire le travail qu'effectuent les infirmières, les défis qu'elles doivent relever, l'harmonisation de ce programme avec les autres services et l'impact du travail des infirmières. Les changements sur le plan des effets du travail des infirmières auprès des clients indiquaient une progression en matière de niveaux de connaissances et de comportements, et des indicateurs majeurs de santé/maladie. Les effets exercés sur la clientèle incluaient : une meilleure connaissance du VIH/SIDA, de leur propre situation et des options ; l'utilisation de fournitures essentielles destinées à réduire les méfaits et à promouvoir la santé ; un changement de comportements visant à réduire la transmission de maladies, améliorer la résistance et promouvoir la santé ; l'utilisation de ressources d'aide ; un sentiment de mieux-être avec eux-mêmes et leur entourage; un sentiment d'être soutenu et d'exercer une influence sur les autres ; le sentiment de recevoir plus rapidement de l'attention, face à des problèmes ; un meilleur état de santé avec ou sans VIH ; l'intégration de changements majeurs en ce qui a trait à l'usage de drogues ; et une baisse probable de morbidité et de mortalité. Le programme s'est révélé nettement efficace et ses effets sur la clientèle se sont avérés positifs (Hilton et coll. 2000).

1.2.2.2 Expériences aux États- Unis

Jeunes de la rue et jeunes en difficulté

New-York - centre « drop-in » : Une étude effectuée en 1991 rend compte des activités d'une clinique ouverte dans un centre drop-in pour jeunes de la rue à New York (Reuler, 1991). Contrairement à ce qui a été observé dans d'autres études, les problèmes reliés à la consommation de drogues et aux MTS étaient moins fréquents dans cette population. L'auteur identifie des éléments de succès de cette clinique : localisation à proximité ; heures d'ouverture aux moments où les jeunes utilisent d'autres services du centre ; des relations étroites entre les infirmières les intervenants du centre ; la capacité d'effectuer des analyses de laboratoire simples ; et la présence d'une pharmacie sur le site.

Boston - Programme HAPPENS : Toujours aux États Unis, dix projets ont été développés à l'intention de jeunes marginalisés (ou de la rue) à risque face au VIH ou déjà infectés. Parmi ceux-ci, le programme HAPPENS (HIV Adolescent Provider And Peer Education Network For Services) de Boston a rejoint 1301 jeunes, dont 46 séropositifs. Ces services adaptés aux adolescents comprenaient : du *counselling* à proximité sur la réduction du risque ; du soutient et *counselling* pour le dépistage VIH ; *counselling* sur la gestion de la vie quotidienne ; évaluation de l'état de santé et identification des besoins ; soins et soutien multidisciplinaires centrés sur le client ; suivi et *outreach* pour la continuité ; soins intégrés et communication entre les services psychosociaux et de santé de Boston. Ce réseau innovateur de services de santé pour les jeunes marginalisés a assuré la continuité partant des activités d'*outreach* jusqu'aux services spécialisés dans la prise en charge du VIH (Woods et coll., 1998).

Seattle - Programme de services de prévention VIH/ITS[1]. Un programme similaire a été développé à Seattle, une approche incluant l'implication des jeunes dans la planification des services ainsi que le fait d'amener les services là où les jeunes vivent. Un continuum de services a été mis en place, dont ont bénéficié 906 jeunes, dont 37 séropositifs. Les cinq éléments majeurs du programme étaient : le *couselling* sur le dépistage VIH; le *outreach* ; le management intensif des cas pour les jeunes VIH positifs ; des

services de prévention pour les jeunes à haut risque ; et l'implication des pairs. L'évaluation du programme a souligné l'importance du travail en équipe, et l'efficacité de l'approche par « management de cas » (malgré que celle-ci requiert beaucoup de temps/ressources). Ce programme a démontré que les services devraient être plus flexibles et conçus selon les besoins des jeunes (Tenner et coll., 1998).

Denver - organisme communautaire : La disponibilité des tests urinaires de détection de la chlamydiose et de la gonococcie offre une opportunité unique d'effectuer le dépistage de ces infections en dehors des sites cliniques. Une étude a été réalisée à Denver afin d'investiguer la faisabilité du dépistage de la chlamydiose et de la gonorrhée parmi les jeunes adolescents de la rue dans le cadre d'un programme d'outreach. Le Département de santé publique de Denver en collaboration avec un organisme communautaire pour les jeunes de la rue ont mis sur pied dans la rue un service dépistage urinaire des deux ITS mentionnées. Les tests étaient donc effectués dans des zones fréquentées par les jeunes de la rue. Le personnel communautaire avait été formé par le département de santé publique pour faire les tests, manipuler les spécimens d'urine et fournir les résultats aux participants. Le dépistage de la chlamydia a commencé en janvier 2000 et le dépistage de la gonorrhée a été ajouté en juillet 2000. En avril 2002 un total de 414 tests pour la chlamydia et 302 tests pour la gonorrhée avaient étaient effectués et la prévalence a été de 11,6 % et de 2,7 % respectivement. Les auteurs concluent que le dépistage urinaire de ces ITS peut être intégré dans les programmes de outreach déjà existants sans des efforts considérables. Les hauts taux de prévalence trouvés indiquent le besoin de continuer le dépistage à travers ce type de stratégie (Van Leeuwen et al., 2002).

Hawaï - services de santé primaire et de prévention VIH/ITS dans un centre « drop in » : Dans le cadre d'un projet pour les jeunes de la rue, des infirmières praticiennes (nurse practitioner) offraient et coordonnaient des services de santé primaires adaptés à cette population comprenant : l'évaluation de l'état de santé ; le traitement ; le planning familial ; l'examen de routine pour la santé scolaire ou au travail ; le dépistage et le traitement des MTS. La prévention primaire se fait à travers l'éducation à la santé sur : le VIH-SIDA ; la prévention de la violence ; l'hygiène ; la nutrition ; l'estime de soi ; et le développement des compétences sociales. Durant les heures d'ouverture de la clinique en centre drop-in, on offrait trois fois par semaines, de 3h à 6 h pm, d'autres services tels que : des repas chauds ; des vêtements ; des cours ; un service de poste ; des activités de loisir ; des produits d'hygiène ; des cartes d'autobus etc. Ce programme a contribué aussi à l'empowerement des jeunes (Beechinor et Matsushima, 1997).

Houston - projet communautaire: Un projet communautaire de dépistage des problèmes de santé des jeunes de la rue, mené par l'École de Nursing de Université de Huston au Texas, a démontré que les infirmières praticiennes sont plus susceptibles d'évaluer, de gérer et de référer les jeunes au niveau des ressources du réseau communautaire (Busen et Beech, 1997).

UDI- Utilisateurs de drogues par injection

Afin de déterminer l'impact de programmes pour les UDI, une étude (métanalyse) a passé en revue les résultats de 36 publications portant sur des interventions d'*outreach* et de réduction des méfaits (Coyle et Needle, 1998). La majorité de ces recherches ont montré que suite à leur participation dans un programme d'*outreach*, les UDI arrivent à changer leurs comportements à risque, à diminuer significativement l'injection de drogues, le partage de seringues ou d'autres matériels d'injection, et l'utilisation du crack. On

trouve aussi un effet positif sur l'entrée des UDI dans des programmes de thérapie, une augmentation de la désinfection des aguilles et de l'utilisation des condoms. Ces résultats fournissent des évidences que la participation aux programmes de prévention basés sur le *outreach* peut conduire à la diminution de l'incidence du VIH parmi les participants (Coyle et Needle, 1998).

Évaluation de l'efficacité des interventions psychosociales : Une autre étude a été effectuée pour évaluer l'efficacité des interventions psychosociales dans la prévention des comportements à risque face au VIH des UDIs. Les chercheurs ont révisé 19 publications sur l'efficacité du *counselling* individuel, du dépistage VIH, des interventions de groupes, du *outreach* dans la rue, et des interventions sociales développées pour favoriser l'adoption de comportements sécuritaires. Bien que plusieurs de ces études montrent d'importants changements de comportement, une grande proportion de personnes exposées à ces interventions continue de rapporter des niveaux inacceptables de comportements à risques. Des nouvelles interventions sont nécessaires afin de changer les normes de la communauté des UDI en matière d'injection et de sexe sécuritaires (Ginson et coll. 1998).

Évaluation de l'acceptabilité du dépistage des ITS dans un centre désintoxication pour femmes : Un projet a été réalisé auprès des femmes qui fréquentaient un centre de désintoxication, afin de déterminer la prévalence des ITS et d'évaluer les facteurs de risque ainsi que l'acceptabilité du dépistage des ITS à partir des échantillons urinaires et des spécimens vaginaux auto-collectés. Le dépistage des infections à *Chlamydia thrachomatis*, à *Neisseria gonorrhoeae* et à *Trichomonas vaginalis*, était offert gratuitement aux femmes hébergées. Parmi les 209 femmes sollicitées 180 ont accepté de participer au dépistage. Vingt-trois pourcent (41/177) avaient une ITS, dont la plus fréquente étaient l'infection au *Trichomonas vaginalis* (37/41, 90%). La plupart des femmes étaient non-assurées, et seulement 45 % avaient eu un examen médical durant la dernière année. Le dépistage des ITS est acceptable dans les centres de désintoxication. Les utilisateurs de drogues sont des personnes à haut risque de contracter des ITS et de plus ils sont susceptibles de ne pas recevoir des soins médicaux (Lally et coll., 2002).

Acceptabilité du dépistage VIH/ITS et services de proximité

En 1998, 48 % des personnes qui avaient subi un test de dépistage du VIH dans un service public aux États-Unis ne retournaient pas pour obtenir le résultat de leur test. Afin de vérifier si le dépistage rapide du VIH augmentait le pourcentage de clients à haut risque qui apprennent leur statut sérologique, un projet de dépistage rapide du VIH et de *counselling* a été mis en place dans des milieux fréquentés par des utilisateurs de drogues, des itinérants, des HARSAH et des personnes impliquées dans le commerce du sexe (Minneapolis- Minessota). Pendant presque un an et demie (de 6 avril 1999 à 30 septembre 2000), 735 personnes ont été testées et 99,9 % d'entre elles ont obtenu leurs résultats et ont bénéficié du *counselling* post-test. (428 avaient été testées dans des programmes de désintoxication, 85 dans des sites d'échange de seringues, 102 dans des résidences pour des itinérants, et 102 dans des lieux de rencontre de travailleurs du sexe. La majorité des personnes testées rapportaient des comportements à risque. Quant aux résultats des tests, 7 personnes ont été diagnostiquées séropositives (0.95 %). Ce projet c'est avéré efficace pour rejoindre des groupes de personnes à risque face au VIH et qui historiquement avaient démontré qu'elles retournaient rarement chercher le résultat de leur test. Les auteurs recommandent donc d'intégrer le dépistage rapide du VIH dans les interventions d'*outreach* visant la prévention parmi les personnes à haut risque (Keenan et Keenan, 2001).

On présume qu'à travers les services de proximité de dépistage du VIH, on arrive à rejoindre une clientèle dont la prévalence du VIH est plus élevée que celle observée dans des cliniques conventionnelles de *counselling* et de dépistage. Au Wisconsin, on a comparé les clients ayant utilisé un service de dépistage en clinique conventionnelle (intra-muros) versus un service de dépistage à proximité (*outreach*). Les résultats ont montré que les clients testés à proximité étaient 23 % plus à risque d'être séropositifs (OR = 1,23 ; IC= 95 %) que ceux testés en intra-muros. La race (non-blanc) s'est avérée être un facteur codéterminant dans la relation entre le site du service et le résultat du test. Par ailleurs, être un HARSAH était le principal facteur de risque chez les clients blancs dépistés séropositifs lors du *outreach*. Les auteurs recommandent que les services de dépistage à proximité soient davantage orientés vers les groupes à risque, tels que les non-blancs et les hommes gais ou bisexuels de toutes les races (DiFranceisco et coll. 1998).

D'autres auteurs ont essayé de déterminer s'il y a des différences démographiques, comportementales ou cliniques, entre les clients fréquentant une clinique ITS/VIH mobile comparativement aux clients fréquentant une clinique ITS/VIH municipale traditionnelle. Les résultats de cette recherche ont montré que les clients rencontrés à la clinique mobile étaient plus âgés, plus susceptibles de s'injecter des drogues ou avoir des partenaires sexuel UDI et avaient des activités de prostitution. Plus de la moitié (54,4 %) des clients de la clinique mobile avaient demandé un test VIH et étaient moins susceptibles de recourir aux soins pour des symptômes d'ITS, alors que 64,5 % des clients de la clinique municipale ont rapporté des symptômes d'ITS et seulement 7,1 % ont indiqué le test VIH comme la principale raison de leur visite. Quant à la positivité du test VIH elle était de 2 % parmi les clients de la clinique traditionnelle et de 5,4 % parmi les clients de la clinique mobile. Ces données suggèrent que la clinique mobile pour les ITS/VIH peut représenter une stratégie efficace pour rejoindre des personnes à haut risque face au VIH qui ne consultent pas les services des cliniques traditionnelles (Ellen et coll. 2003).

O'Conner et coll. (1998) ont rapporté que 40 % des utilisateurs d'un programme de services mobiles pour le VIH ont accepté un test VIH. Ces services sont dispensés par un groupe de professionnels de la santé de Boston, qui voyagent dans des hébergements, des cliniques externes et des départements de probation à la rencontre des clients vulnérables difficiles à rejoindre autrement.

Une étude a été réalisée à Rhodes Island afin d'examiner la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage VIH auprès des jeunes hospitalisés dans un centre de désintoxication. Les jeunes âgés de 18 à 25 ans avaient trois choix par rapport au test VIH : ne pas être testé, subir un test sérologique ou subir un test salivaire. Les résultats ont montré que 74 % des participants ont accepté le test VIH. Être de sexe féminin et avoir été récemment testé étaient des facteurs associés de façon indépendante avec le refus du test. En revanche, l'activité sexuelle récente, l'utilisation récente de méthamphétamine ou d'une combinaison de cocaïne et héroïne, et le risque perçu face au VIH, étaient des facteurs associés de façon indépendante avec l'acceptation du test. Tous les répondants ayant accepté d'être testés ont opté pour le test salivaire (Orasure) et parmi ces derniers 64,6 % (97 de 150) ont reçu le résultat de leur test. Les auteurs concluent que le test VIH est faisable est acceptable dans cette population. La plupart de jeunes testés dans un centre de désintoxication vont seulement être au courant du résultat seulement si on le leur communique durant le séjour au centre de désintoxication. L'utilisation d'un test de dépistage rapide peut améliorer le pourcentage de suivi (Pugatch et coll. 2001).

Bull et coll. (2000) se sont penchés sur l'acceptabilité et la faisabilité du dépistage urinaire de la chlamydia et de la gonorrhée dans des organismes communautaires. Les auteurs discutent des résultats obtenus suite à un projet pilot d'implantation, à Denver et à St Louis, de trois modèles de collaboration entre le département de santé publique et des organismes communautaires. Le premier modèle est le partenariat avec des organismes ayant des ressources cliniques tel que : un organisme pour les jeunes de la rue offrant des services de santé supervisés par un omnipraticien ; un centre de détention juvénile et une prison, disposant tous les deux des infirmières praticiennes. Le deuxième modèle représente le partenariat avec des organismes sans des ressources cliniques qui nécessitent que le dépistage soit effectué par des professionnels des la santé de l'extérieur : le personnel du programme GCAP ("Gonorrhea Community Action Projet") de St Louis a établi une collaboration avec 20 organismes communautaires (de centres de désintoxication et bars à des clinique du programme WIC -"Women, Infants, and Children" pour des mères défavorisées) où il réalisait des séances de dépistage urinaire (LCR -ligase chain reaction) sur une base de rotation. Le troisième modèle était le partenariat avec des organismes sans des ressources cliniques nécessitant la formation des intervenants afin qu'ils puissent effectuer le dépistage des ITS. Ce projet pilot a permis de tester 849 personnes difficilement à rejoindre et la plupart asymptomatiques. À Denver 8,7 % (50) personnes étaient positives pour la chlamydia et 3,3 % (17) pour la gonorrhée. À St Louis, 7,9 % (22) personnes étaient positives pour la chlamydia et 2,5 % (7) pour la gonorrhée. La majorité des personnes positives, à l'exception de deux cas, ont bénéficié du traitement et du soutien à la notification de leurs partenaires. Chacun de ces modèles pressentait des avantages et des désavantages. Les auteurs estiment que le premier modèle, davantage utilisé à Denver, basé sur les habilités médicales des professionnels de la santé, aurait pu être biaisé par la présence plus importante de clients symptomatiques. Le deuxième modèle, implanté à St Louis, a exigé plus d'effort, cependant le contrôle de la qualité était assuré par les professionnels de la santé. Le troisième modèle a nécessité la formation intensive des intervenants communautaires et plus d'énergie pour maintenir la qualité du dépistage fait par du personnel non-médical. Lorsque des partenariats sont établis entre la santé publique et les organismes communautaires, chaque programme doit être conçu selon les besoins de l'organisme. La plupart des expériences de ce type sont des projets pilotes financés par les fonds de recherche, en conséquence leur durée de fonctionnement est limitée. Les auteurs estiment qu'on ne peut assurer la pérennité à long terme de ces programmes à l'intérieur des activités régulières de santé publique, qu'en faisant la démonstration que le dépistage des ITS dans des sites non-traditionnels est efficace du point de vue coût. Cette stratégie permet l'identification des ITS parmi les personnes à haut risque, qui sont souvent asymptomatiques et /ou qui ne consultent pas autrement (Bull. et coll., 2000).

Afin d'évaluer la faisabilité et l'acceptabilité du dépistage communautaire des ITS à l'aide d'une clinique mobile, un projet de recherche a été réalisé en Louisiane entre mars 1997 et avril 2000. Le dépistage confidentiel des ITS, gratuit et volontaire a été offert dans des quartiers de la ville de Bâton Rouge (Louisiane) avec une incidence élevée des ITS. Le personnel de la clinique mobile était composé d'une infirmière, un spécialiste en phlébotomie et trois intervenants de outreach. La clinique mobile était dotée d'une chambre d'examen clinique, un poste pour la phlébotomie et une chambre privée pour le counselling. Des données démographiques et comportementales ont été collectées auprès des participants qui étaient testés pour la syphilis, la chlamydia et la gonorrhée. Un test de dépistage du VIH était également proposé. Les attitudes de la communauté envers ce projet d'outreach ont été évaluées à travers une enquête réalisée

dans la rue, deux semaines après les cliniques de dépistage. Durant ce projet 256 cliniques communautaires mobiles de dépistage ont été effectuées au niveau de 110 sites de Bâton Rouge et ont permis de dépister : 37 / 3110 (1,2 %) nouveaux cas de syphilis ; 70 / 2807 (2,5 %) de cas positif de VIH ; 185 / 2229 (8,3 %) tests urinaires positifs pour la chlamydia et 108/2229 (4,9) tests positifs pour la gonorrhée. Parmi les 389 personnes interrogées dans la rue 97 % pensaient que le dépistage communautaire des ITS est une "bonne" ou "très bonne idée". Suite à cette expérience de 3 ans, les chercheurs ont conclu que le dépistage des ITS par des cliniques communautaires mobiles, accompagné du traitement, est faisable, permet d'identifier des taux de positivités élevés et représente une approche innovatrice acceptée par la communauté (Kahn et coll., 2003).

Dépistage de la syphilis et services de proximité

Suite à une éclosion de syphilis parmi la communauté gaie de Los Angeles, un plan d'intervention comportant les sept stratégies suivantes a été mis en place : (1) la sensibilisation des fournisseurs de soins ; (2) le recrutement et l'implication des organismes communautaires ; (3) une campagne médiatique ; (4) le *"outreach"* communautaire comprenant l'éducation et le dépistage (saunas, sexe clubs, bars, services de VIH/SIDA, centres de santé communautaire, centres pour gais et lesbiennes, collèges, écoles pour adultes, services de désintoxication, parcs, motels, sites dans la rue et un motorisé) ; (5) intervention en établissements de détention ; surveillance active et évaluation rapide ; collaboration inter agences. Au total 89 cas ont été identifiés, 40 % l'ont été par un réseau connu de cliniques VIH/Sida, 26 % par des cliniques privées, 10% par des cliniques ITS publiques, 10 % par des services de santé en milieu correctionnel, 7 % l'équipe régionale de notification aux partenaires de cas et seulement 7 % par une équipe dans des motorisés (avec arrêts dans des saunas, sexe-clubs et autres milieux à haut risque) . Bien que le plan d'intervention mis en place en réponse à l'éclosion a été dans l'ensemble efficace, les auteurs soulèvent le fait que le pourcentage de cas dépistés dans les milieux les plus à risque par l'équipe motorisée a été relativement faible (Chen et coll. 2001).

Dans le cadre d'un programme visant à maîtriser la propagation de la syphilis à partir de cas importés, quatre stratégies ont été utilisées : (1) l'identification et la déclaration rapide des cas suspects par des médecins ou autres professionnels de la santé ; (2) des interventions auprès des partenaires sexuels ; (3) le travail de *outreach* (de proximité) pour identifier les cas suspects parmi les populations marginalisées qui n'utilisent habituellement pas les services de santé ; (4) l'implantation d'un plan d'éclosion. Environ 21 travailleurs de proximité ont participé au programme, ils ont fourni de l'information sur la syphilis à 5296 clients, ont distribué 543 cartes d'affaires, et 24 clients ont été référés et examinés dans une clinique MTS. Les auteurs rapportent que l'adaptation des habiletés des travailleurs terrains impliqués dans la prévention des MTS (de proximité, organisateurs communautaires, travailleurs communautaires) et une présence constante dans les communautés à haut risque, peuvent représenter des éléments clés dans l'élimination de la syphilis et la diminution de l'incidence des autres MTS (Gunn et coll. 2000).

1.2.2.3 Expériences internationales

Grande Bretagne, Edinburgh - centres drop-in, services gynécologiques pour travailleuses du sexe

À Edinburgh, le Département de Médecine Génito-Urinaire de l'hôpital « Royal Infirmary » a implanté deux cliniques de proximité dans deux centres drop-in pour des femmes prostituées (Scott, Peacock, Cameron, 1995). Durant deux ans et demi 242 femmes ont fréquenté ces cliniques, dont 160 femmes (63 %)

ont eu un dépistage MTS (un cas de gonococcie, 11 cas de chlamydia, 11 cas de condylomes, et 2 cas de herpes récurent). Concernant le VIH, 8 femmes étaient déjà connues séropositives, 115 femmes ont été testées et une était séropositive. Des services de contraception ont était donnés à 73 femmes. Parmi les 42 grossesses qui sont survenues 15 étaient avancées ou menées à terme au moment de l'étude. La cytologie a été effectuée auprès de 43 femmes et 3 cas de CIN 1 ont été diagnostiqués. En ce qui concerne l'hépatite B, 9 femmes avaient des marqueurs positifs, 2 étaient déjà vaccinées et 122 femmes ont débuté leur vaccination dans ces cliniques, finalement 67 ont complété leur calendrier. L'article conclu que les cliniques à proximité pour cette population sont très utiles car ces femmes ne consulteraient pas autrement.

Australie, Brisbane - Clubs et organisme communautaire pour HARSAH

Une étude a été réalisée à Brisbane (Australie) dans le but de déterminer la prévalence de la gonorrhée et de la chamydiose et d'augmenter les connaissances sur ces ITS parmi les HARSAH. Un projet de dépistage urinaire a été mené dans trois night-clubs et un organisme communautaire, fréquentés par les HARSAH. Pour chaque site deux séances de test, d'une durée de trois heures chacune, ont été effectuées un vendredi ou un samedi soir, selon les périodes les plus appropriées pour rejoindre la clientèle. Il y avait un intervalle de deux mois entre les deux séances. L'implantation et le déroulement du projet ont nécessité plusieurs consultations auprès des patrons et du personnel de chaque site. Une campagne de promotion adaptée à la culture gaie a été conduite par le Conseil SIDA de Queensland (Queensland AIDS Council). Dans ce cadre, des "drag infirmières" étaient utilisées pour expliquer le processus de dépistage, pour recruter les participants et pour disséminer de l'information concernant la santé sexuelle. Les clubs ont activement soutenu le projet en offrant à chaque participant une boisson gratuite (alcoolisée ou non). Le slogan du projet était "Sexual health is piss easy", afin de suggérer la simplicité du test. Les patrons des trois clubs ont également étaient invités à passer le test. Le résultat du test était communiqué aux participants par téléphone, deux semaines plus tard, par la Clinique de santé sexuelle de Brisbane qui fournissait aussi le traitement gratuitement. Chaque participant avait préalablement reçu une carte d'affaire avec le numéro et les instructions relatives aux résultats. Un code permettait d'identifier le client. Les spécimens d'urine étaient testés pour les deux infections (chlamydia et gonorrhée) à l'aide de la méthode RCP (réaction en chaîne de la polymérase). Ces examens étaient complétés par une culture de la gorge. Au total 202 hommes ont été testés entre mars et juin 2000. Le pourcentage de positivité dans les spécimens urinaires a été de 4,3 % pour la chlamydia et de 0,5 % pour la gonorrhée. Aucune culture de la gorge n'a donné lieu à un résultat positif. Les auteurs concluent que la prévalence de l'infection à chlamydia est significative dans cette population et que des programmes de dépistage similaire à celui-ci sont des stratégies efficaces de prévention des ITS et de promotion de la santé sexuelle (De Batista et coll., 2002)

Australie, Melbourne - travailleurs du sexe de la rue

Une étude transversale de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée a été réalisée auprès des travailleurs du sexe qui travaillent sur la rue. Les tests de dépistage étaient auto- administrés. Les participants ont été recrutés par un médecin et une infirmière provenant du programme de outreach du Centre de santé sexuelle de Melbourne. Les travailleurs du sexe de rue ont été recrutés entre 21:00 h et 02:00 h dans un hôtel privé où le "Collectif de prostituées de Victoria" (Prostitutes Collective Victoria) mène un programme d'outreach hebdomadaire. L'étude était donc reliée à un service communautaire qui fournissait du soutien, des condoms et du matériel stérile d'injection. Après avoir rempli un questionnaire sur leurs antécédents et comportements sexuels, les participants ont fourni soit des tampons vaginaux (les femmes) soit des

spécimens d'urine (les hommes). Les tampons étaient auto insérés par les participantes et immédiatement placés dans un milieu de transport. Les participants étaient encouragés à venir chercher leur résultat au même endroit après une semaine. Ils pouvaient également téléphoner ou se rendre à la clinique de outreach du centre de santé sexuelle. Sur 81 individus approchés 63 (78%) ont accepté de participer à l'étude (53 femmes et 4 hommes). Concernant leurs antécédents, 84% avaient utilisé des drogues par injection et 21 % avaient une histoire d'ITS. Un total de 87% des participants a appris le résultat du test. Les taux de positivité ont été de : 11 % pour la gonorrhée, 11 % pour le trichomonas et 1,6 % pour la chlamydia. Tous les répondants avec un test positif ont été traités. Les résultats des tests ont été comparés avec ceux obtenus auprès de travailleurs du sexe qui travaillent dans une maison close et ceux des patients réguliers (non-travailleurs du sexe) qui fréquentent le centre de santé sexuelle de Melbourne. Les taux d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* et à *Trichomonas vaginalis* ont étaient plus élevés dans le groupe à l'étude (les travailleurs du sexe de rue), alors que les auteurs s'attendaient que les taux de la chlamydiose soient plus élevés dans cette population. Les chercheurs estiment que cette méthode de dépistage (auto- administré) des ITS a été acceptable parmi les travailleurs du sexe de rue et a mis en évidence des taux d'infection inquiétants (Morton et coll., 1999).

1.3 POPULATIONS VULNÉRABLES DE MONTRÉAL

Les efforts de détection doivent s'orienter vers les populations parmi lesquelles les nouvelles infections au VIH ou autres ITSS sont le plus susceptibles de survenir. Les populations vulnérables suivantes ont été retenues dans le Programme de prévention du VIH et des autres ITSS pour la région de Montréal-Centre, Cadre de référence pour le financement 1998-1999. (Direction de santé publique Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Juin 1998).

- **Personnes qui s'injectent des drogues et leurs partenaires sexuels**

« Ces personnes démontrent un risque extrêmement important d'infection aux VIH, aux MTS et aux hépatites, lié entre autres au partage (prêt et emprunt) de matériel d'injection usagé et aux relations sexuelles non protégées avec des personnes souvent déjà infectées ».

- **Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes**

« Il semble qu'un optimisme excessif face aux nouveaux traitements antirétroviraux, qui retardent la progression de la maladie et permettent aux personnes vivant avec le VIH d'espérer une meilleure qualité de vie, entraîne un relâchement des comportements préventifs ».

- **Jeunes de la rue**

« Des jeunes provenant souvent de milieux défavorisés et qui ont subi de multiples problèmes (abus, toxicomanie, violence, négligence, instabilité affective et familiale) se retrouvent souvent dans des conditions de vie extrêmement difficiles qui les forcent parfois à utiliser la rue comme milieu de vie. Ces jeunes qui, souvent vivent dans la marginalité sont aux prises avec des problèmes de criminalité, de toxicomanie et de prostitution, ce qui les place dans des situations de prise de risques intenses par rapport au VIH, aux MTS et aux hépatites ».

- **Membres des communautés originaires de pays endémiques**

« Les programmes d'éducation dirigés vers la population générale ne reflètent pas toujours la réalité vécue par certaines communautés notamment en ce qui concerne les valeurs culturelles. De plus, les nouveaux arrivants à cause de leur isolement dans le pays d'accueil peuvent constituer en soi un sous-groupe particulièrement à risque ».

- **Milieu carcéral**

« La population carcérale constitue un groupe vulnérable dû à la présence importante de personnes utilisatrices de drogues injectables, de partenaires sexuels de celles-ci, ainsi que de personnes vivant de la prostitution. De plus, la réalité de la vie carcérale permet d'atteindre une clientèle captive qui en d'autres temps n'est pas nécessairement rejointe par les services du réseau ».

- **Autochtone**

Plusieurs membres de cette communauté ne séjournent que de manière transitoire en milieu urbain retournant fréquemment dans leurs milieux d'origine. Cette communauté ne constitue pas un bloc homogène mais plutôt une mosaïque culturelle. Des comportements à risque en regard de l'infection au VIH seraient fréquents notamment la consommation d'alcool (associée à une sexualité non protégée), la prise de drogue par injection et la prostitution de survivance.

Par ailleurs, les femmes en situation à risque sont définies par le fait d'appartenir elles-mêmes à une population vulnérable ou encore d'être la partenaire sexuelle d'un individu qui en fait partie.

Dans la perspective de favoriser l'adaptation de l'offre de test ITSS aux besoins des membres des populations vulnérables, il est nécessaire de connaître notamment les aspects suivants :

- Effectif de la population
- Proportion de personnes infectées parmi les populations vulnérables
- Recours au test du VIH et aux tests des autres ITSS
- Identification des facteurs influençant (barrières et facteurs facilitant) le recours au test et aux
    - services, notamment en termes d'accessibilité géographique et temporelle au service, de la procédure du test (anonyme vs confidentielle ou encore du délai entre le prélèvement et l'obtention du résultat du test
- Capacité de mobiliser les personnes ayant eu recours au test
    - vers l'adoption de comportements sécuritaires
    - vers une prise en charge clinique le cas échéant

1.3.1 Personnes qui s'injectent des drogues (UDI)

1.3.1.1 Effectif RRSSS Montréal-Centre

- On a estimé qu'environ 11 700 (entre 8 500 et 16 500) personnes s'injectaient des drogues sur l'île de Montréal en 1996 (Remis et coll. 1998).
- Les données recueillies auprès des personnes s'étant présentées dans les Centre de distribution et de récupération de matériel d'injection stérile (CDRMIS) de Montréal participant au monitorage régional fournissent une indication sur la distribution géographique des UDI à Montréal. Voici la répartition du nombre de visites (catégories) effectuées dans les centres d'avril 2001 à mars 2002 par CLSC de résidence des clients (par ordre alphabétique); un total de 39 516 visites ont été effectuées durant cette période; six CLSC ont reçu 500 visites et plus (Morissette et Leclerc, 2003).

TABLEAU 1 : NOMBRE DE VISITES EFFECTUÉES DANS LES CENTRES D'ACCÈS À DU MATÉRIEL STÉRILE D'INJECTION SELON LE TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DU CLIENT AVRIL 2001 – MARS 2002.

Territoire de CLSC	Nb de visites	Territoire de CLSC	Nb de visites	Territoire de CLSC	Nb de visites
Ahuntsic	201-500	Mercier-Est/Anjou	201-500	René Cassin	0-100
Bordeaux-Cartierville	0-100	Métro	0-100	Rivière-des-Prairies	0-100
Côte-des-Neiges	201-500	Montréal-Nord	201-500	Saint-Henri	101-200
De Rosemont	**1001-2000**	NDG / Montréal-Ouest	**501-1000**		201-500
Des Faubourgs	**25 000**	Olivier-Guimond	0-100	Saint-Léonard	201-500
Du Vieux La Chine	101-200	Parc Extension	101-200	Saint-Louis du Parc	201-500
Hochelaga-Maisonneuve	**5 000**	Pierrefonds	101-200	Saint-Michel	101-200
La Petite Patrie	201-500	Plateau Mont-Royal	**1001-2000**	Verdun/Côte Saint-Paul	**501-1000**
Lac Saint-Louis	101-200	Pointe-aux-Trembles	201-500	Villeray	201-500
LaSalle	201-500	Pointe-Saint-Charles	0-100		

Source : DSP Montréal-Centre, Morissette et Leclerc, 2003

1.3.1.2 Proportion de personnes infectées

VIH

On estime qu'à la fin de 1999, il y avait environ 3 117 UDI infectés par le VIH vivant à Montréal, ceux-ci représenteraient 29,2% des personnes infectées par le VIH vivant à Montréal; environ 681 de ces UDI (21,8%) étaient aussi des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) (Archibald C, et Geduld J, 1999, cité dans Turmel B, 2002). Considérant cette donnée et l'estimé de l'effectif UDI, le taux de prévalence du VIH parmi les UDI de Montréal serait de 26,6 % (3 117 / 11 700).

On estime également qu'en 1999, l'incidence annuelle d'infection au VIH parmi les UDI de l'île de Montréal était de 532 nouveaux cas soit 55,2 % (532 / 964) des nouveaux cas au cours de l'année à Montréal; à noter que 70 de ces nouveaux cas parmi les UDI étaient aussi des HARSAH (Archibald et

Geduld, 1999, cités dans Turmel, 2002). Considérant cette donnée et l'estimé de l'effectif UDI, le taux d'incidence annuelle du VIH parmi les UDI de Montréal serait de 4,5 % (532 / 11 700).

Données de SurvUDI

- Parmi les personnes fréquentant des programmes d'échanges de seringues, la prévalence de l'infection au VIH était en 2002 de 17,1% à Montréal (95 % IC=15,9-18,4), de 10,6 % dans la ville de Québec (95 % IC= 9,4; 11,9), de 6,9 % en région semi-urbaine (95 % IC= 4,0 - 10,9), et de 20,8 % à Hull (95 % IC= 15,7 – 26,0). La prévalence globale dans le réseau était de 14,7 % (95 %IC= 13,9-15,5). Le taux d'incidence à Montréal est passé de 6,3 par 100 personnes-année en 1995 à 4,7 par 100 PA (95 % IC : 3,6 – 5,7) en 2001 alors que dans l'ensemble du réseau, il passait de 5,3 par 100 PA en 1995 à 3,9 par 100 PA en 2001 (95 % IC : 3,3 - 4,4) (Alary et coll. Novembre 2002).
- Un niveau plus élevé d'incidence était de manière indépendante associé aux variables suivantes: le nombre d'années d'injection, la drogue la plus souvent injectée, l'emprunt de seringues déjà utilisées, l'injection avec des inconnus et la prostitution chez les hommes (Alary et coll. 2001, résultats obtenus par le réseau SurvUDI pour l'ensemble du Québec).

Données de la Cohorte des Jeunes de la rue de Montréal

- Parmi les participants à la deuxième étude de cohorte (personnes recrutées à compter de juillet 2001 jusqu'à janvier 2003), la prévalence était de 2,6% chez les UDI actifs (jeunes qui s'étaient injectés durant les six mois avant leur entrée dans l'étude) (Roy et coll. 2003, Rapport d'étape numéro 2).

Hépatites B et C

- À Montréal, on a rapporté une prévalence de 70 % des marqueurs de l'hépatite C parmi les participants de la cohorte UDI de l'hôpital St-Luc (Lamothe et coll. 1997).
- En 1996, une étude auprès des jeunes de la rue de Montréal a montré que chez les jeunes s'étant injectés des drogues, le taux de prévalence des marqueurs de l'hépatite B était de 16,2 % et celui des marqueurs de l'hépatite C était de 26,5 % (Roy E et coll. 2001).

1.3.1.3 Recours au test VIH

Environ 75 % des UDI recrutés dans l'étude SurvUDI rapportent avoir été testés au moins une fois dans leur vie (Étude SurvUDI, Alary et coll. 1998).

1.3.1.4 Facteurs favorables et défavorables au recours à des services de dépistage du VIH

Les UDI consulteraient peu les ressources du réseau de la santé et des services sociaux, on reconnaît la nécessité de mieux adapter les services à leurs besoins.

- Les délais d'attente (prise de rendez-vous) constituent un obstacle important pour les UDI. De plus, les UDI auraient tendance à négliger, voir oublier, leurs rendez-vous. L'immédiateté de l'intervention serait donc primordiale pour cette clientèle (Lebeau et coll.1997).
- Les UDI avaient habituellement recours au test de dépistage lorsque des symptômes de la maladie étaient apparus, donc après qu'une longue période pendant laquelle ils pouvaient transmettre l'infection

se soit écoulée et au moment où les bienfaits de la médication antirétrovirale et d'autres interventions étaient peut-être réduits (Davis et coll. 1997) :

- Parmi les hommes et les femmes UDI qui ont été testés, le fait d'avoir eu une maladie infectieuse sérieuse (ex.: pneumonie, hépatite, tuberculose, ou endocardite) au cours des 6 derniers mois était clairement plus souvent lié au dépistage que tout autre facteur étudié.
- Ceux qui avaient moins de comportements à risque (sexuels et d'utilisation de drogues par injection) étaient plus susceptibles d'avoir eu un test du VIH. Les prostitués UDI et les UDI qui avaient des comportements sexuels et d'utilisation de drogues par injection à risque lorsqu'ils voyageaient étaient les seules exceptions à cette tendance.
- Des indicateurs de difficultés au niveau des besoins de base (ex. chômage, sans abri, études secondaires non complétées) étaient associées au fait de ne pas être testé pour le VIH.

- Par ailleurs suite à des groupes de discussion auprès d'UDI au sujet du dépistage, Spielberg et coll. (1998) ont observé que :
  - Plusieurs UDI ne sont pas au courant de la disponibilité, de l'importance et de l'efficacité d'une thérapie antirétrovirale débutée précocement.
  - Prendre et respecter les rendez-vous pour effectuer les prélèvements et pour obtenir les résultats apparaît le plus souvent assez problématique;
  - La période d'attente avant de passer le test et avant de recevoir le résultat du test génère beaucoup d'anxiété.
  - Le fait de subir une ponction veineuse est difficile pour beaucoup d'UDI.
  - Les gens s'inquiètent du fait que leur éventuelle séropositivité puisse faire l'objet d'une déclaration nominale.
  - Plusieurs ne sont pas conscients que le soutien à la notification aux partenaires offert par le département de santé publique respecte la confidentialité des cas-index positifs.
  - Plusieurs clients préféreraient l'option de recevoir du matériel d'information écrit concernant le *counselling* pré-test plutôt qu'une séance face à face et préféreraient recevoir le résultat de leur test par téléphone.
  - La plupart seraient plus intéressés à passer un test si celui-ci était disponible sous la forme d'un test " salivaire ", s'il s'agissait d'un test de détection rapide du VIH dont le résultat serait disponible le même jour ou encore si une trousse de prélèvement à domicile leur était proposée.
  - Enfin, pratiquement tous les clients auraient recours à des soins de santé si leur test se révélait positif.

- Greenberg et coll. (1998) font ressortir la nécessité d'améliorer l'efficacité du travail de *outreach* par la création des liens entre les UDI et le système de santé en favorisant : des stratégies pour augmenter le contact avec les UDI les moins visibles ; la coordination entre les organismes ; l'identification des barrières à l'utilisation des services ; la dénonciation des abus physiques et sexuels ; l' *"advocacy* " pour des services dentaires et prénatals ; l'introduction du gestionnaire de cas (case manager) dans les programmes de *outreach*. Le gestionnaire de cas, ou l'intervenant principal qui assure le suivi systématique, soutient et guide l'usager dans sa trajectoire d'utilisation des soins de santé et des services psychosociaux requis par sa condition. Cet intervenant joue le rôle de personne ressource qui assume un lien étroit entre l'usager et les différents intervenants (médecin, spécialiste, pharmacien, nutritionniste, travailleur social, intervenant en toxicomanie, intervenant communautaire). Cette formule permet de garantir la continuité des soins et des services.

1.3.1.5 Mobilisation des personnes infectées (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)

- Des intervenants s'objectent à la promotion du dépistage auprès de la clientèle UDI car ils ont le sentiment que les membres de celle-ci sont en général trop désorganisés pour réagir de manière adéquate à un diagnostic d'infection au VIH.

- En ce qui concerne la thérapie anti-rétrovirale, on craint que la fidélité au traitement soit faible chez ces personnes de sorte que la thérapie soit peu efficace et que l'émergence d'une résistance aux médicaments soit favorisée. La promotion du dépistage doit être accompagnée de mécanismes particuliers de support pour cette clientèle. Certains médecins de Montréal s'intéressent particulièrement au suivi clinique d'UDI infectés par le VIH. L'équipe du Programme spécial VIH- toxicomanie de l'UHRESS du CHUM assure un suivi clinique " de proximité " aux toxicomanes infectés par le VIH.

- Parmi les UDI recrutés dans l'étude SurvUDI (Alary et coll. 1998) les UDI qui se savent infectés :
  - s'injectent moins souvent avec des gens qu'ils connaissent et donc plus souvent avec des inconnus ou seuls.
  - se servent un peu plus souvent de seringues déjà utilisées par d'autres, mais prêtent moins souvent leurs propres seringues.
  - sont nettement plus nombreux que les autres UDI à rapporter avoir toujours utilisé le condom lors des relations sexuelles au cours des six derniers mois.

1.3.2 Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

1.3.2.1 Effectif RRSSS Montréal Centre

- Les résultats de l'enquête sociale et de santé 1998 indiquent chez les hommes de Montréal une proportion de 5,5 % de personnes homosexuelles ou bisexuelles (IC 95 % : 3,3 - 8,6) (Clermont et Lacouture, 2001). L'orientation est déduite de la question suivante : « Lorsque vous avez des relations sexuelles, est-ce 1) toujours avec une personne de l'autre sexe 2) toujours avec une personne du même sexe 3) plus souvent avec une personne de l'autre sexe 4) plus souvent avec une personne du même sexe 5) aussi souvent avec une personne de l'un ou l'autre sexe ». En appliquant ces proportions à l'effectif d'hommes âgés de 15 ans et plus résident dans la région de Montréal au recensement de 2001, on obtient un effectif de 39 868 hommes homosexuels ou bisexuels (IC 95 % : 23 921 - 62 485).
- Répartition géographique. Parmi les répondants (n=233) à une étude menée auprès de clients des saunas gais de Montréal, 13,7 % disaient habiter le « village gai », 55,7 % l'île de Montréal ailleurs que dans le « village gai » et 30,6% ailleurs que sur l'île de Montréal. Parmi les répondants qui habitaient sur l'île de Montréal ailleurs que dans le « village gai », 20 % habitaient sur le territoire du CLSC Plateau Mont-Royal, 11 % sur le territoire du CLSC Rosemont et 7 % sur le territoire du CLSC des Faubourgs (périphérie du « village gai »), et les 62 % restant étaient dispersés sur 22 autres territoires de CLSC. Il est à noter que très peu de répondants ont déclaré avoir leur domicile dans la partie Ouest de la ville de Montréal (Lambert et coll. 2003).

1.3.2.2 Proportion de personnes infectées

VIH

- Prévalence : On estime qu'à la fin de 1999, il y avait environ 6 839 HARSAH infectés par le VIH vivant à Montréal soit 64,1 % (6 839 / 10 677) des personnes infectées par le VIH vivant à Montréal; à noter qu'environ 681 de ces HARSAH (9,9 %) seraient des UDI (Archibald C, et Geduld J 1999, cité dans Turmel B, 2002). Considérant cette donnée et l'estimé de l'effectif HARSAH, le taux de prévalence du VIH parmi les HARSAH de Montréal serait de 17,2 %. (6 839 / 39 868).
- Incidence : On estime également qu'en 1999, l'incidence annuelle d'infection au VIH parmi les HARSAH de Montréal était de 369 nouveaux cas soit 38,3 % (369 / 964) des nouveaux cas au cours de l'année à Montréal; à noter que 70 de ces nouveaux cas parmi les HARSAH étaient des UDI. (Archibald et Geduld 1999, cité dans Turmel, 2002). Considérant cette donnée et l'estimé de l'effectif HARSAH, le taux d'incidence du VIH parmi les HARSAH de Montréal serait de 0,9 %. (369 / 39 868).

Données de la Cohorte Oméga :

- En considérant les données recueillies depuis le début de l'étude (octobre 1996) jusqu'en février 2002, le taux d'incidence de l'infection au VIH parmi les participants à la cohorte Oméga a été de 0,57 par 100 personnes années (95 % IC : 0,34 à 0,80). Un niveau plus élevé d'incidence était de manière indépendante associé aux comportements suivants : avoir plus de 5 partenaires sexuels occasionnels, consommation fréquente de drogues ou d'alcool avant d'avoir des relations sexuelles, relations sexuelles anales non protégées avec un partenaire autre que le partenaire régulier séronégatif (Cohorte Oméga, Alary et coll, CAHR 2002).

Syphilis

- Depuis plusieurs années, le nombre annuel de cas déclarés de syphilis en phase contagieuse (syphilis primaire, secondaire ou latente de moins d'un an) diminuait progressivement à Montréal jusqu'à atteindre un seul cas en 1998. Cependant, un total de 35 cas ont été déclarés en 2002 (3 cas de syphilis primaire, 26 cas de syphilis secondaire et 6 cas de syphilis latente de moins d'un an), soit le triple du nombre de cas déclarés en 2001 (11 cas).
- Les 35 cas déclarés en 2002 étaient tous survenus chez des HARSAH sauf 1. L'âge moyen de ces HARSAH était de 38,6 ans (étendue : 25 à 57 ans). Dans la période d'incubation (3 à 12 mois selon le stade de la syphilis), les deux tiers (67,7 %) de ces HARSAH avaient eu des relations sexuelles dans des saunas gais. Le tiers (35,7 %) mentionnaient avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec (lors d'un voyage du patient à l'extérieur ou avec un partenaire en visite au Québec). Parmi ceux qui mentionnaient avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec, 70,0 % avaient aussi eu des relations sexuelles dans des saunas de Montréal. Au cours de la dernière année, une seule personne rapportait avoir reçu ou fourni de l'argent en échange de relations sexuelles alors que1 7,2 % disaient avoir consommé des drogues « dures » (injectées ou non, incluant de l' « ecstasy »); 1 seule disait s'être injectée des drogues. Enfin, 75 % de ces HARSAH.était de communauté ethnoculturelle canadienne-française, 17,9 % de communauté canadienne anglaise. En 2003, Au 12 juillet (fin de la 28ième semaine de l'année), 50 nouveaux cas avaient déjà été déclarés (10 de syphilis primaire, 30 de syphilis secondaire et 10 de syphilis latente de moins d'un an), ce qui laisse présager que le nombre total de cas pour l'année 2003 sera encore presque trois fois plus élevé que celui de l'année précédente (Lambert et coll. 2003)

Gonorrhée

- À Montréal, entre 1996 et 2001, le nombre annuel de cas d'infections gonococciques a augmenté de 90 %. La proportion d'hommes parmi les cas déclarés est passée de 75 % en 1996 à 83 % en 2002. Jusqu'à 70 % des cas de sexe masculin étaient survenus chez des HARSAH (cette proportion était de 53 % en 1995-1996).
- Parmi les cas survenus chez les HARSAH, l'âge moyen était de 32,2 ans. Dans les deux derniers mois, un minimum de 7,5 % des HARSAH auraient eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec (lors d'un voyage du patient à l'extérieur ou avec un partenaire en visite au Québec); cette proportion est difficile à apprécier car l'information était souvent manquante à ce sujet. Par ailleurs le tiers des HARSAH (32,9 %) avaient eu des relations sexuelles dans des saunas gais. Au cours de la dernière année, 3,4 % des HARSAH rapportaient avoir reçu ou fourni de l'argent en échange de relations sexuelles alors que 4,5 % disaient avoir consommé des drogues « dures » (injectées ou non, incluant de l' « ecstasy ») ; 2 personnes disaient s'être injectées des drogues. Enfin, 86 % des HARSAH étaient de communauté ethnoculturelle canadienne française, 4,5 % de communauté canadienne anglaise (Lambert et coll. 2003)

Hépatite B

- Parmi des participants recrutés dans des saunas gais de Montréal au cours de l'été 2002, 51,8 % avaient reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite B (29,9 % de ceux-ci avaient reçu 3 doses) et 46,5 % avaient reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite A (44,3 % de ceux-ci avaient reçu 2 doses) (Lambert et coll. 2003).

Données de la cohorte Oméga

- Parmi les nouveaux participants recrutés annuellement dans la cohorte Oméga, les taux d'Anti-HBc totaux (anticorps indiquant une infection récente ou antérieure par le virus de l'hépatite B), la proportion de personnes ayant reçu au moins une dose de vaccin contre l'hépatite B et au moins une dose contre l'hépatite A ont été les suivantes (Dr Michel Alary, chercheur principal à la cohorte Oméga, communication personnelle, hiver 2002) :

Année	Taux anti-HBc %	Vaccin hépatite B (au moins 1 dose) %	Vaccin hépatite A (au moins 1 dose) %
1996	34,8	44,9	38,8
1997	21,7	47,0	38,6
1998	18,7	40,5	32,1
1999	25,2	28,4	20,3
2000	19,6	36,3	26,0
2001	18,8	43,9	36,5

Entre 60 et 75 % (selon les années de recrutement) des personnes vaccinées contre l'hépatite B avaient reçu 3 doses alors que de 6 % des recrutés en 1996 jusqu'à 71% des recrutés en 2001 ayant initié une vaccination contre l'hépatite A avaient reçu 2 doses.

1.3.2.3 Recours à des services de dépistage des ITSS

- Parmi les participants à la cohorte Oméga, la proportion des répondants qui déclarent avoir déjà passé un test de dépistage du VIH s'élevait à 82 % (cohorte Oméga, Turmel et coll. 1998). Parmi ceux-ci, 31 % (208/664) avaient été testés à une seule reprise alors que 69 % (466/664) avaient été testés plus d'une fois. Parmi ceux qui avaient été testés plus d'une fois, le nombre moyen de test (à vie) était de 3,9 (médiane : 3; étendue : 1 à 40).
- Parmi les participants recrutés dans des saunas gais de Montréal au cours de l'été 2002, 83,6 % des répondants avaient eu un test du VIH dans leur vie, 24,3 % de ceux-ci avaient été testés pour la dernière fois il y 3 ans et plus (16,4 % se disaient séropositifs). Par ailleurs 73,4 % rapportaient avoir déjà eu des tests de dépistage des ITS et 27,0 % avaient été testés pour la dernière fois il y a 3 ans et plus (Lambert G et coll., 2003).

1.3.2.4 Facteurs favorables et défavorables au recours à des services de dépistage du VIH

- Les hommes bisexuels avaient moins de chance d'avoir eu un test du VIH que les hommes qui avaient des relations sexuelles avec d'autres hommes seulement. Les chances d'avoir eu un test du VIH étaient plus élevées chez les hommes qui fréquentaient les endroits gais que chez ceux qui les fréquentaient

peu. Enfin, les chances d'avoir eu un test anti-VIH étaient plus élevées chez les hommes qui avaient eu des relations sexuelles anales aux cours des trois derniers mois que chez ceux qui rapportaient des relations sexuelles non anales (Myers et coll. 1996).

- La majorité des HARSAH qui n'avaient pas eu de test anti-VIH croyaient qu'ils n'étaient pas à risque d'acquérir l'infection (ils disaient que les chances qu'ils soient infectés par le VIH étaient presque nulles) ou ils craignaient d'avoir les résultats. Pour augmenter la proportion des HARSAH qui se font tester, les agences de santé publique devraient faire valoir qu'une infection inattendue peut se produire et que des nouveaux traitements sont disponibles pour ceux qui ont un test positif. Il serait nécessaire de développer des programmes novateurs afin de rejoindre ceux qui n'ont pas encore pris la décision de se faire tester (Campsmith et coll. 1997).
- Afin d'encourager cette population à se faire tester, il serait nécessaire de développer des programmes qui : 1) souligneraient les avantages d'avoir le test; et 2) augmenteraient la perception de contrôle des hommes gais sur le contexte dans lequel ils se font tester (services localisés dans la communauté/le voisinage, services de *counselling* donnés par un conseiller gai, option d'une procédure anonyme du test de dépistage (Godin et coll. 1997).

L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles (Clermont, Sioui-Durand et coll. 1997) :

- « Même s'ils ont accès aux services, les jeunes, gais ou lesbiennes, ne disposent pas, à quelques exceptions près, de programmes appropriés à leur condition. Ils font face à des barrières institutionnelles reliées à l'homophobie; on peut ainsi croire qu'il y a une sous utilisation des services.
- Des médecins exigeraient de la part de certains patients qu'ils passent un test de dépistage du VIH, et cela, simplement parce qu'ils sont gais; d'autres médecins refuseraient à des lesbiennes des tests de dépistage des MTS en prétextant qu'elles ne sont pas à risque Dans les services sociaux, on continue à ne pas aborder facilement la question de la sexualité; si on ajoute homo à sexualité, le sujet de discussion devient tabou pour encore plusieurs intervenants. Les connaissances des intervenants sont limitées, particulièrement en ce qui a trait aux aspects théoriques et aux aspects psychosociaux reliés à l'homosexualité.
- De leur côté, les gais, les lesbiennes et les bisexuels sont peu disposés à révéler leur orientation sexuelle par appréhension ou pas crainte de discrimination et d'hostilité de la part des intervenants, ce qui n'est pas sans conséquence sur la recherche de traitements, particulièrement pour les problèmes de santé mentale».

1.3.2.5 Mobilisation des personnes infectées (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)

- Projet Sexe au positif (D'Astous et coll. 1998) : « Entre mai 1998 et février 1999, l'intervenante du projet a rencontré un total de 21 hommes gais, tous séropositifs sauf un. La moyenne d'âge de la clientèle était de 38 ans. Un était bisexuel. La moyenne de la période de temps depuis le diagnostic au premier rendez-vous était de 3 ans (variation d'une semaine à 12 ans); dans la moitié des cas, le diagnostic datait d'un an et moins. Seulement 3 hommes sur les 21 rencontrés avouaient avoir des difficultés à maintenir des comportements sexuels sécuritaires depuis leur diagnostic. Notre expérience semble confirmer que les hommes récemment diagnostiqués sont davantage préoccupés par la gestion de la crise après l'annonce de leur séropositivité, les traitements médicaux et le dévoilement aux proches. À ce stade, ils sont pour la majorité abstinents sexuellement et ne sont pas encore confrontés

aux difficultés associées à la poursuite de leur vie sexuelle et amoureuse ou à l'adoption et le maintien du sexe sécuritaire ».

- Les résultats préliminaires d'une étude montréalaise révèlent que 21 % des HARSAH qui se savaient infectés par le VIH rapportaient avoir eu au cours des 6 derniers mois au moins une pénétration anale non protégée par un condom avec un partenaire connu séronégatif pour le VIH ou avec un partenaire dont le statut sérologique pour le VIH était inconnu (Beauchemin et Cox, 2003, CAHR 2003).

1.3.3 Jeunes de la rue

1.3.3.1 Effectif RRSSS Montréal-Centre

«On présume qu'il y a minimalement 15 000 sans abri à Montréal et qu'environ le tiers de cette population est composée de jeunes de moins de 30 ans, ce qui représente un estimé d'environ 5 000 jeunes " (Comité de suivi du programme conjoint Ville de Montréal-MSSS, 1993). Au Canada, selon l'Association canadienne de pédiatrie, il y aurait entre 45 000 et 150 000 jeunes de la rue (Canadian Paediatric Society, 1998).

Certaines caractéristiques des jeunes de la rue ont été documentées dans le cadre des travaux de la « Cohorte des jeunes de la rue de Montréal ». Cette étude de cohorte a débuté en 1995 pour se terminer en 2000 dans sa première version, et reprendre avec des objectifs renouvelés en 2001. Les critères d'éligibilité de la cohorte sont les suivants : jeunes ayant été sans abri plus d'une fois au cours de la dernière année ou ayant utilisé régulièrement les services des organismes de rue lors de cette même période, être âgé entre 14 et 25 ans, parler le français ou l'anglais et avoir l'intention de rester à Montréal pour la prochaine année. Les critères d'entrée dans la cohorte redémarrée en 2001 sont les mêmes sauf l'âge qui est de 14 à 23 ans. Voici quelques données descriptives décrivant les 450 premiers sujets à l'entrée dans cette cohorte : « 79,3 % ont père et mère nés au Canada, 58,1 % ont déjà été hébergés en centre d'accueil ; 43,6 % se sont injectés ≥ 1 fois avant leur entrée dans l'étude (âge moyen à la 1ère injection : 16,5 ans); 28,5 % ont déjà eu des activités sexuelles en échange d'argent (filles : 35,2 %, garçons : 24,8 %); 37,3 % ont déjà été abusés sexuellement par un membre de leur famille ou par quelqu'un d'autre (filles : 65,8 %, garçons : 22,8 %); 41,1 % ont fait ≥ 1 tentative de suicide à vie et 43,6 % des jeunes ont fait ≥ 1 surdose de drogue à vie (Roy et coll. 2002).

1.3.3.2 Proportion de personnes infectées

Les données concernant le VIH et les hépatites C et B proviennent de la « Cohorte des jeunes de Montréal » menée entre 1995 et 2000 chez des jeunes de la rue âgés entre 14 et 25 ans au moment du recrutement. Par ailleurs, une étude indépendante de la cohorte mais utilisant les même critères d'éligibilité a été menée entre octobre 1999 et mars 2000. Elle s'intéressait à la prévalence des chlamydioses et des infections gonococciques.

VIH

Parmi les 1013 jeunes recrutés, la prévalence de l'infection au VIH était 1,4 % (IC 95 % : 0,8-2,4 %) chez l'ensemble des participants, et de 2,9% (IC à 95%: 1,3-5,5%) chez les UDI actifs (injection au moins 1 fois au cours des 6 derniers mois). L'incidence de l'infection chez les sujets séronégatifs à l'entrée dans l'étude était globalement de 0,69 par 100 personnes-année (IC 95 % : 0,39-1,11), plus spécifiquement de 0,25 chez les non-UDI et de 1,72 chez les UDI actifs. L'analyse finale a montré que l'injection de drogues était le facteur de risque prédicteur de la séroconversion (Roy et coll. 2003).

Parmi les participants à la deuxième étude de cohorte (personnes recrutées à compter de juillet 2001 jusqu'à janvier 2003), la prévalence était de 0,75% (IC 95 % : 0,24-1,7 %) pour l'ensemble des sujets et de 2,6% chez les UDI actifs. Le taux d'incidence était globalement de 0,29 par 100 personnes-année (Roy et coll. 2003, Rapport d'étape numéro 2).

Hépatite C

Les données ont été recueillies entre décembre 1995 et septembre 1996 chez 437 jeunes de la rue âgés entre 14 et 25 ans, la plupart participant à l'étude de cohorte. La prévalence globale des anticorps contre l'hépatite C était de 12,6 % (IC 95 % : 9,7 %-15,9 %). L'analyse finale a montré que l'injection de drogues était le principal facteur associé à la présence des anticorps. Les autres facteurs associés était l'âge (avoir plus de 18 ans) et l'usage du crack. Le fait d'avoir plus d'un tatouage était associé mais de façon marginale, à la limite de la signification statistique (Roy et coll. 2001).

Hépatite B

Les données ont été recueillies entre décembre 1995 et septembre 1996 chez 437 jeunes de la rue âgés entre 14 et 25 ans, la plupart participant à l'étude de cohorte. La prévalence globale des marqueurs d'hépatite B était de 9,2 % (IC 95 % : 6,7 %-12,3 %). L'analyse finale a montré que l'âge (avoir plus de 18 ans), l'injection de drogues et le fait d'avoir eu un partenaire sexuel « atteint d'une hépatite » étaient les facteurs associés à la présence des marqueurs d'hépatite B (Roy et coll.1999).

Chlamydiose et infection gonococcique

Parmi les 302 participants à l'étude, la prévalence de la chlamydiose était de 6,6 % et le seul facteur associé était une histoire de grossesse. La prévalence de l'infection gonococcique était nulle (Haley et coll. 2002).

1.3.3.3 Recours au test VIH

La moitié (51,0 %) des jeunes (jeunes de la rue) ont déjà passé un test de dépistage du VIH (Roy et coll. 1996).

1.3.3.4 Facteurs favorables et défavorables au recours à des services de dépistage VIH

- "Relativement peu de répondants évaluent leur risque d'infection au VIH comme étant plus élevé que les autres jeunes de leur âge. Cependant 57,8 % disent qu'ils aimeraient passer un test de dépistage dans le prochain mois. La majorité des jeunes peuvent nommer des endroits où il est possible de se faire tester pour le VIH. Les CLSC sont les établissements les plus souvent nommés " (Roy et coll. 1996)
- Organismes communautaires desservant des jeunes à haut risque en regard du VIH à New York, Los Angeles, San Francisco : "Les jeunes qui s'identifiaient comme étant gais ou bisexuels, les jeunes qui s'étaient déjà injecté des drogues, et les adolescents plus âgés étaient plus susceptibles d'être testés. Leurs propres comportements à risque semblaient être la raison principale qui motivaient les jeunes à se faire tester. L'influence des médecins et des amis aurait aussi un effet " (Rotheram-Borus et coll. 1997).

Barrières liées à l'accessibilité aux services :

- Des groupes de discussion organisés avec des jeunes montréalais de la rue (17 garçons et 15 filles, francophones et anglophones) ont mis en évidence plusieurs barrières liées à l'accessibilité aux services :

  « des barrières institutionnelles : i) organisationnelles (carte soleil, limite d'age, langue d'usage, heures d'ouverture, manque de continuité des services lieu de répit) et ii) associées à la disponibilité et aux attitudes du personnel (manque de personnel, manque de temps d'interaction, manque de continuité des intervenants, jugement de valeur, manque de courtoisie) ;

des barrières individuelles : i) organisation personnelle (consommation problématique d'alcool et de drogue, jeune âge, pensée magique, pauvreté, mobilité, faible niveau de scolarisation.), ii) attitudes et perceptions (méfiance face aux professionnelles de la santé, attitudes négative envers certaines thérapies, manque d'estime de soi, méfiance vis-à-vis la police), et iii) connaissances (services disponibles, traitements nécessaires et efficaces).
Il apparaît que les problèmes spécifiques auxquels sont confrontés les jeunes de la rue relèvent peut-être davantage des barrières financières et des barrières personnelles ou normatives (méfiance face à des institutions sociales) » (Haley et coll. 1999).

- Aux États Unis, Stark (1992) rapporte des barrières liées aux services et aux professionnels de la santé : le manque de transport ; le manque d'assurance santé ; le manque de ressources financières ; le manque de plan de suivi ; l'option salle d'urgence ; le manque de respect. D'autres sont liées aux personnes sans abris elles-mêmes : la négation du problème ; l'hygiène personnelle ; la peur de perdre le contrôle; le manque de ressources financières ; le manque de suivi. Gayle et Gerber (1997) trouvent que les principales barrières sont : le manque d'assurance maladie ; la minorité visible ; la peur de consulter ; la méfiance envers les professionnels de la santé ; les craintes liées à la confidentialité ; la méconnaissance des ressources ; le manque de coordination des services et du *outreach*, aussi des problèmes liés au transport et le statut d'immigration. Ensign et Gilttelsohn (1998) identifient des barrières semblables et comme Huba et coll. (2000), insistent sur l'importance de mettre en place des programmes offrant des services complets et accessibles afin d'impliquer les jeunes à risque de façon optimale dans la prise en charge de leur santé.

  Une évaluation des services pour les jeunes VIH positifs ou à haut risque a été effectuée au niveau de 22 organisations représentant dix catégories de services de santé de la région de Boston. Cette étude a été effectuée dans le cadre du « Boston HAPPENS Programme » auquel participaient les organisations mentionnées. Les résultats ont montré qu'aucune organisation n'offrait des services d'hospitalisation en santé mentale adaptés spécifiquement pour les jeunes, ni la possibilité d'un traitement de désintoxication résidentiel à court terme. Les barrières identifiées pour l'extension des services sont : le manque de financement ; les problèmes de transport ; et la méconnaissance de services et des ressources par les jeunes. Cette évaluation indique le besoin d'augmenter l'accessibilité des services VIH spécifiques et adaptés pour les jeunes et suggère que les liens de collaboration entre les fournisseurs de services devraient être solidifiés (Lin et coll. 1998).

1.3.3.5 Mobilisation des personnes infectées (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)

- Il semble que les jeunes qui sont séropositifs réduisent leurs comportements à risque pour le VIH. Cependant, le fait que le résultat du test soit négatif malgré de fréquents comportements sexuels et d'utilisation de drogue à risque, peut renforcer ces comportements à risques plutôt que de jouer un rôle de catalyseur de changement (Rotheram-Borus et coll. 1997).

1.3.4 Membres des communautés originaires des pays endémiques

COMMUNAUTÉ HAÏTIENNE

1.3.4.1A Effectif RRSSS Montréal-Centre

- On estime que la communauté haïtienne compte environ 55 575 personnes (nées en Haïti ou nés au Canada d'origine haïtienne, recensement 1996).
- Selon les données du recensement de 1996, la population haïtienne de Montréal se répartit comme suit :

TABLEAU 2 : POPULATION D'ORIGINE HAÏTIENNE SELON LE TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE CLSC, MONTRÉAL, 1996
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

TERRITOIRE DE CLSC	NB PERSONNES	TERRITOIRE DE CLSC	NB PERSONNES	TERRITOIRE DE CLSC	NB PERSONNES
Ahuntsic	3 050	Mercier-Est/Anjou	1 635	René Cassin	185
Bordeaux-Cartierville	1 500	Métro	210	Rivière-des-Prairies	6 695
Côte-des-Neiges	2 230	Montréal-Nord	8 790	Saint-Henri	475
De Rosemont	2 875	NDG/Montréal-Ouest	430	Saint-Laurent	1 235
Des Faubourgs	460	Olivier-Guimond	510	Saint-Léonard	3 915
Du Vieux La Chine	125	Parc Extension	2 050	Saint-Louis du Parc	445
Hochelaga-Maisonneuve	525	Pierrefonds	2 525	Saint-Michel	9 765
La Petite Patrie	1 215	Plateau Mont-Royal	430	Verdun/Côte Saint-Paul	200
Lac Saint-Louis	145	Pointe-aux-Trembles	1 150	Villeray	2 365
LaSalle	325	Pointe-Saint-Charles	90		
				Total	**55 575**

Source: Statistique Canada - données du recensement de 1996

1.3.4.2A Proportion de personnes infectées

VIH

Étude auprès de la communauté haïtienne, Adrien et coll. 1998: (répondants recrutés entre avril 1994 et décembre 1996) :

- " La prévalence parmi l'ensemble des participants a été de 1,3 % (parmi les hommes: 1,6 % et parmi les femmes: 1,1 %). Les résultats de la régression logistique montrent un lien entre le fait d'être infecté par le VIH et le fait: d'avoir moins de 14 ans de scolarité; d'être marié, en union de fait, divorcé, séparé ou veuf; de séjourner au Canada depuis 5 ans et moins ou d'avoir entre 6 et 15 ans de séjour au Canada; d'avoir déclaré une relation sexuelle avec une personne infectée (ou de ne pas en être certain); d'avoir voyagé en Haïti au cours des cinq années précédant la participation à l'étude; d'avoir déclaré au moins un partenaire en Haïti et ne pas avoir toujours utilisé le condom. La prévalence de l'infection au VIH est beaucoup plus faible chez les répondants qui appartiennent à la deuxième génération d'immigrants d'origine haïtienne ".

- Une incidence de séroconversion de 0,234 par 100 personnes-année a été observée.

Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse » (Lapointe et Samson, cités dans Turmel et Desrochers, 2002) : « Malgré une baisse du nombre de femmes d'origine haïtienne, enceintes et infectées par le VIH en 2000, une hausse des cas a été observée en 2001. En 1997, elles représentaient 14% (3/21) des femmes suivies, 40% (19/47) en 1998, 32% (18/56) en 1999, 15% (9/57) en 2000 et 23% (16/70) en 2001. La proportion de femmes caucasiennes fluctue quant à elle de la façon suivante : 42% en 1997, 36% en 1998, 32% en 1999, 35% en 2000 et 26% en 2001».

Centre Maternel et infantile sur le Sida de l'hôpital St-Justine : Durant la période 1999-2002, le Centre Maternel et infantile sur le Sida a pris en charge 187 femmes enceintes infectées avec le VIH, dans le cadre de la cohorte mères-enfants, de ce nombre 23% étaient d'origine antillaise – haïtienne (données transmises par Mme Johanne Samson, coordonnatrice de recherche au Centre Maternel et infantile sur le Sida).

1.3.4.3A Recours au test du VIH

Étude auprès de la communauté haïtienne, Adrien et coll. 1998:

- " Quarante pour cent des répondants ont déjà passé un test de dépistage du VIH. La proportion des femmes ayant passé le test est comparable à celle des hommes.
- Près de 50 % des répondants qui séjournent au Canada depuis cinq ans et moins ont passé un test de dépistage.
- Trente-cinq pour cent seulement des répondants l'ont passé de leur propre initiative ou en accord avec leur partenaire.
- Parmi les répondants qui résident au Canada depuis cinq ans et moins, et qui ont passé un test de dépistage, 40,2 % disent l'avoir passé dans le cadre des formalités d'immigration pour le Canada.
- Malgré la conviction qu'en ont les répondants, il existe un doute sérieux quant au fait que certains d'entre eux aient vraiment été testés dans le cadre de l'examen médical obligatoire demandé par les autorités canadiennes pour immigrer ".

1.3.4.4A Facteurs favorables et défavorables au recours à des services de dépistage du VIH

Étude auprès de la communauté haïtienne, Adrien et coll. 1998:

- " Les femmes, les répondants moins scolarisés et les répondants qui résident au Canada depuis moins de 16 ans sont moins bien informés sur le test de dépistage.
- Des barrières de toutes natures (associées notamment à la représentation de la maladie parmi les Québécois d'origine haïtienne et à leur lien particulièrement fragile avec le système de soins) freinent l'accès de cette population au dépistage.
- Il est important de corriger la croyance erronée de l'inclusion systématique du test VIH dans les procédures d'immigration chez les requérants d'origine haïtienne.
- Les médecins d'origine haïtienne mentionnent que parler de sexualité est souvent perçue par les patients d'origine haïtienne comme une intrusion inacceptable dans leur vie privée et qu'il leur est alors difficile d'aborder la question du test de dépistage ".

1.3.4.5A Mobilisation des personnes infectées (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)

Un certain nombre de barrières non seulement à la démarche de dépistage du VIH mais également à la prise en charge clinique des personnes infectées et à fidélité au traitement chez les montréalais d'origine haïtienne infectés par le VIH on été soulevés (Adrien, Bien Aimé, Fournier, Tannenbaum 2001) :

- Facteurs socio-démographiques

  L'étude indique que la situation des MOH souffrant de tuberculose ou du VIH/sida est souvent caractérisée par une précarité socio-économique qui affecte très souvent le niveau d'implication dans leur traitement.

- Facteurs psychosociaux, socio-économiques et culturels

  Aussi, les MOH comprendraient moins bien l'origine, les modes de transmission ainsi que les traitements de la tuberculose et du VIH/sida que les patients montréalais en général. En fait, l'étude montre très clairement qu'il existe un très fort déni de la tuberculose et de l'infection au VIH/sida dans la communauté haïtienne et que la plupart des patients entretiennent une conception magico-religieuse de la maladie.

  Les rapports de force ou de pouvoir qui existent entre les hommes et les femmes créent des situations où les femmes ne sont pas en mesure d'opter pour des pratiques sexuelles sécuritaires, de notifier leurs partenaires ou de s'impliquer avec constance dans leur traitement.

  La peur du rejet et de l'isolement, et parfois d'une désintégration familiale, fait en santé que certains patients d'origine haïtienne vont ignorer leur diagnostic, empêcher la notification des contacts et abandonner leur traitement.

- Facteurs reliés à la qualité des ressources humaines

  L'étude précise qu'une bonne relation entre les patients et le personnel soignant est un facteur qui influence positivement le niveau d'implication et de collaboration des MOH à leur traitement.

  Il ressort également que le nombre de déplacements que les patients doivent faire pour recevoir des services, les frais encourus, les modalités du régime d'assurance-maladie ainsi que la structure organisationnelle des services nuisent à l'implication des MOH dans leur traitement.

- Facteurs reliés à la spécificité des maladies

  Plusieurs facteurs tels que la longueur du traitement, la disparition rapide de symptômes, un régime thérapeutique complexe, les effets secondaires ainsi que l'absence de guérison pour les patients vivants avec le VIH/sida peuvent influencer le niveau de fidélité des MOH face à leur traitement.

D'autres barrières économiques et culturelles méritent également d'être prises en compte :

- Le nombre important d'illégaux récemment immigrés et donc, encore plus à risque pour l'infection au VIH et qui ne fréquentent pas les services de santé par crainte d'être renvoyés en Haïti ;
- Les contraintes de garde d'enfant et de transport liées aux consultations médicales, particulièrement pour les femmes ;
- La crainte de plusieurs haïtiens de donner du sang ;
- L'accessibilité géographique et temporelle des services ;
- La rigidité du processus d'accueil ;
- L'attitude du personnel de santé (les haïtiens craignent les préjugés, réticences, commérages du personnel et valorisent le respect, l'empathie et la disponibilité) ; et les questions linguistiques.

COMMUNAUTÉ AFRICAINE

Plusieurs des données suivantes sont extraites du document « VIH/Sida et communautés africaines de Montréal : Un état de situation » (Allaoui et coll. 2002). Cette étude menée en 2001-2002 comportait diverses activités de cueillette d'informations : un atelier de réflexion avec huit personnes ressources des communautés africaines, des entrevues avec quinze prestataires de services et un questionnaire d'enquête complété par un peu moins d'une centaine de jeunes adultes et d'adultes d'origine africaine.

1.3.4.1B Effectif RRSSS Montréal-Centre

« D'une manière générale, nous pouvons avancer qu'il y aurait au Québec 18 950 personnes originaires de l'Afrique, dont 16 820 seraient âgées de plus de quinze ans. Nous savons aussi qu'environ 16 325 d'entre eux résident dans la région de Montréal. En ce qui a trait à la répartition par sexe, 55,5% sont des hommes contre 44, 5% pour les femmes.

Selon le *Consortium de McGill pour l'ethnicité et la planification sociale stratégique* (2001), « À Montréal c'est dans Côte-des-Neiges que l'on compte le pourcentage le plus élevé d'immigrants noirs d'origine africaine (24% contre 10% en moyenne), et c'est ce flux d'immigrants qui a connu la plus forte croissance depuis 1991 » (p. 98). Les quartiers Parc-Extension, Nouveau Bordeaux et St-Henri/Petite Bourgogne constituent les principaux lieux de résidence des communautés africaines, qui sont de fait éparpillées dans plusieurs quartiers.

1.3.4.2B Proportion de personnes infectées

VIH

Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse » (Lapointe et Samson, cités dans Turmel et Desrochers, 2002); « Au cours des dernières années, le nombre de femmes d'origine africaine, enceintes et infectées par le VIH augmente continuellement. Alors qu'en 1997 et 1998, elles représentaient 23% (5/21 ; 11/47) des femmes suivies, ce pourcentage a atteint 30% (17/56) en 1999, 40% (23/57) en 2000 et 46% (32/70) en 2001. Ces femmes sont souvent de nouvelles arrivantes ayant pour la majorité, un statut de réfugiées ».

Centre maternel et infantile sur le Sida de l'hôpital St-Justine. Durant la période 1999-2002 le Centre Maternel et infantile sur le Sida a pris en charge 187 femmes enceintes infectées avec le VIH, dans le cadre de la cohorte mères-enfants, de ce nombre 40,6% (76) étaient d'origine africaine (données transmises par Mme Johanne Samson, coordonnatrice de recherche au Centre Maternel et infantile sur le Sida).

1.3.4.3 - B Recours au test du VIH

À la question : « Avez-vous passer un test de dépistage du VIH ? », 69% répondent par oui et 31 % par non. Quant à la fréquence du test, il est de 26,4 % pour une fois et de 32,1% pour plusieurs fois. Pour 45% des répondants, le test s'est pratiqué au Canada tandis que 13,3% l'ont fait dans leur pays d'origine. Parmi ceux qui ont passé plusieurs fois le test, 41,7% ont admis l'avoir fait tant au Canada qu'à l'extérieur du Canada.

Circonstances motivant le test :
Jusqu'à 63,3% des répondants (33,3% pour les hommes et 30% pour les femmes) mentionnent qu'ils ont passé le test à la demande d'Immigration Canada ou juste avant de venir au Canada. Pour les **36,7%** restants, la répartition s'effectue en fonction du sexe des répondants : chez les *femmes* : (13/28) Avant d'avoir un enfant / pendant ma grossesse / avant de me marier ; (4/28) Rapport sexuel non protégé / séjour à l'hôpital ; *chez les hommes :* (6/32) Suite à un rapport sexuel non protégé ; (5/32) Avant de me marier / avant d'avoir un enfant ; (6/32) Séjour à l'hôpital.

1.3.4.4B Facteurs favorables et défavorables au recours à des services de dépistage du VIH

« Par rapport au dépistage du VIH, les patients, d'une manière générale, considèrent qu'ils ont déjà passé un test de dépistage avant de venir au Canada. Cette situation confirme les données de l'enquête en ce sens qu'elle est ressentie de la même manière par l'ensemble des prestataires de services que nous avons rencontré. Par exemple, selon ce répondant, « Ils pensent qu'ils ont été dépistés parce qu'ils ont immigré. Ça ce n'est pas vrai. Ils pensent qu'automatiquement ils ont été dépistés. Ils ont été chez un médecin, ce n'est sûr que le médecin a fait un test de dépistage du VIH. Donc, ils sont très étonnés de se retrouver avec un diagnostic de séropositivité ».

Outre cette croyance, la question du dépistage peut se poser en terme de difficulté par rapport au statut migratoire de la personne. Ainsi, selon ce témoignage : « Étant donné que les requérants au statut de réfugié n'ont pas encore un statut, ils peuvent se demander si jamais on découvre que je suis séropositif, à ce moment-là on va me refuser le statut d'immigrant? Donc ça peut être une raison pour ne pas passer le test ».

À la question relative à *la personne qui pourrait mieux les informer sur le VIH/Sida*, la majorité des répondants, soit 83%, voudraient que cette personne soit un professionnel de la santé, et 10,3% une personne qui connaît ma culture. La réponse la moins populaire est une personne de ma communauté, soit 6,7% des répondants seulement. À partir d'une telle réalité, nous en déduisons que le VIH/Sida constitue encore un phénomène *tabou* dans les communautés africaines au point où les gens ne veulent pas en parler entre eux. Le fait qu'ils préfèrent en parler avec un professionnel de la santé renseigne sur la distance que les uns et les autres préfèrent garder en regard aux questions qui touchent le VIH/Sida. Cette préoccupation renseigne sur l'importance accordée aux questions de la confidentialité et de l'anonymat chez ces populations ».

1.3.4.5B Mobilisation des personnes infectées (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)

« Comme nous rappelle un répondant, le VIH/Sida « est encore vécu dans le secret et l'isolement. Ils (les patients) ont besoin de travailler à l'acceptation de leurs propres préjugés envers la maladie. Ils sont des gens comme monsieur et madame tout le monde, ils arrivent avec tous les préjugés des personnes ordinaires face au VIH, que c'est une maladie pour les personnes prostituées, les drogués, les homosexuels. Donc, ils sont très mal dans leur peau de se retrouver avec ce virus-là. On doit les aider à trouver les ressources qu'ils ont besoin afin de faire face à cette situation. Il y a tout un travail à faire pour les aider à travailler leurs préjugés et l'acceptation de la maladie

Donc, la peur de la stigmatisation, la honte d'être pris pour une personne de mauvaises mœurs et la peur du rejet font en sorte que ces gens-là n'acceptent pas facilement d'être référer dans des organismes et services. Autrement dit, au risque d'être reconnus, ils vont la plupart de temps vivre leur situation dans le secret.

Dans le cas des communautés africaines, le problème des références se pose à trois niveaux :

- Les services n'acceptent pas de recevoir des clients comme les nouveaux arrivants, ce pour des raisons d'ordre administratif, comme de ne pas avoir la carte d'assurance maladie ;
- Les patients ont des réticences à être référés dans des organismes où ils craignent que l'information concernant leur état de santé va être diffusée ;
- Il n'y a tout simplement pas de ressources dans la communauté qui se chargent d'accueillir cette clientèle-là.

Enfin, d'autres réalités vécues par les communautés africaines doivent également être prises en compte : problèmes d'ordre matériel et psychologique causés, entre autres, par l'isolement (du fait qu'ils ne viennent pas toujours en famille) et par la précarité de leurs conditions d'existence par exemple, à cause de la non reconnaissance de l'expériences et des qualifications antérieures des populations africaines nouvellement arrivées : « Ils sont pris à travailler dans les manufactures. Je vois des patients africains ici qui sont très qualifiés ; ils ont été professeurs dans leur pays pendant 10 ou 15 ans ».

1.3.5 Milieu carcéral

1.3.5.1 Effectif RRSSS Montréal-Centre

En 2002, un total de 20 239 personnes ont séjourné au moins 24 heures dans les centres de détention de Montréal (tous des centres de détention de juridiction provinciale). La proportion des peines qui ont duré plus d'un mois est peu élevée (12,1% chez les prévenus et 22,3% chez les condamnés). Il s'agit des admissions de personnes incarcérées dans un centre de détention situé sur l'île de Montréal, que la personne réside ou non sur l'île; en fait en 2002, 29% des prévenus et 34% des condamnés résidaient à l'extérieur de Montréal au moment de l'admission.

TABLEAU 3 : CARACTÉRISTIQUES DES SÉJOURS PAR CENTRE DE DÉTENTION DE JURIDICTION PROVINCIALE SITUÉ SUR L'ÎLE DE MONTRÉAL, 2002
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

	Établissement de détention de Montréal		Tanguay		Rivière des Prairies		Total	
Nb de Places	1 003		116		500		1 619	
Nb de personnes différentes ayant séjournée au moins 24 h	8 988		1 579		9 672		20 239	
Population moyenne quotidienne ayant séjourné selon le statut	Prévenu 35,3 %	Condamné 67,7%	Prévenu 35,6%	Condamné 64,4%	Prévenu 78,6%	Condamné 21,4%		
Nouvelles admissions en 2002 ayant entraîné au moins un coucher	Prévenu Nb (%) 640 (11,9)	Condamné Nb (%) 4737 (88,1)	Prévenu Nb (%) 959 (60,3)	Condamné Nb (%) 631 (39,7)	Prévenu Nb (%) 9171 (95,3)	Condamné Nb (%) 452 (4,7)	Prévenu Nb (%) 10770 (65,0)	Condamné Nb (%) 5820 (35,0)
Durée de séjour des personnes libérées en 2002	Prévenu Nb (%)	Condamné Nb (%)	Prévenu Nb (%)	Condamné Nb (%)	Prévenu Nb (%)	Condamné Nb (%)	Prévenu Nb (%)	Condamné Nb (%)
< 1 mois	2386 (78,5)	4881 (76,3)	945 (90,2)	939 (83,0)	6929 (91,3)	1390 (78,9)	10300 (87,9)	7210 (77,7)
> 1 mois et < 6mois	636 (20,9)	1071 (16,8)	95 (9,0)	154 (13,7)	604 (7,9)	309 (17,6)	1335 (11,4)	1534 (16,5)
> 6 mois	15 (0,4)	441 (6,9)	8 (0,8)	38 (3,3)	60 (0,8)	61 (3,5)	83 (0,7)	540 (5,8)
Nombre de couchers (séjours)								
Moyenne	19,8	40,5	10,9	23,9	11,0	27,5		
Médiane	10	6	3	4	3	6		

Source: Ministère de la sécurité publique.Direction générale des services correctionnels. Direction des programmes et du soutien au réseau. M. Robert Langlois, responsable de l'info-centre correctionnel. Communication personnelle.

Caractéristiques de la clientèle (Ministère de la Sécurité publique, 2002) : « La clientèle correctionnelle se compose d'hommes en très grande majorité (plus de 89 %). La plus grande partie est francophone ou s'exprime couramment en français (87 %). Un peu plus de la moitié est célibataire et les deux tiers sont âgés de moins de 40 ans. La principale source de revenus de la clientèle est le travail rémunéré (39 %) mais une importante proportion de la clientèle est prestataire de l'aide sociale (33 %).

Un peu plus de 92 % des personnes rencontrées au cours de cette enquête sont nées au Canada. Celles qui sont nées à l'étranger proviennent principalement par ordre d'importance des pays suivants : Haïti (20 %), États-Unis (6,9 %), Italie (5,4 %), Maroc (5,2 %), France (4,8 %), Algérie (4,4 %) et Iran (3,9 %). La très grande majorité d'entre eux (90 %) habitent le Canada depuis plus de cinq ans. Les répondants issus de communautés culturelles représentent approximativement 10 % de la clientèle correctionnelle et cette proportion est significativement plus importante parmi la clientèle en milieu fermé. Quant aux autochtones, qui ne représentent que 1,2 % de la population québécoise, ils forment un groupe sur-représenté, puisque plus de 10 % des personnes confiées aux services correctionnels du Québec se considèrent comme autochtones.

Par ailleurs, l'observation du réseau social des sujets permet de confirmer qu'une proportion importante de délinquants a un membre de sa famille immédiate (39 %) ou un ami qui a connu des démêlés judiciaires (67 %). Plusieurs rapportent également que certains de leurs amis font partie d'un gang ou d'un réseau organisé de criminels (20 %). Les problèmes d'ordre émotionnel ou psychologique sont par contre très présents au sein de la clientèle correctionnelle du Québec, alors qu'un contrevenant sur deux (51,5 %) a déjà consulté un professionnel pour un problème de cet ordre, un sur trois s'est fait prescrire des médicaments et un sur cinq a fait l'objet d'une hospitalisation. Enfin, des pensées suicidaires ont hanté pas moins d'un contrevenant sur deux (49,6 %), tandis que 34 % des participants ont posé un geste concret pour mettre fin à leurs jours au moins une fois au cours de leur vie.

Au cours de l'année précédant la prise en charge, plus du tiers (35,4 %) de la clientèle correctionnelle consommait 25 verres et plus d'alcool par semaine tandis qu'au moins la moitié (54 %) recourait à une drogue et près du quart en prenait tous les jours. Les drogues le plus souvent consommées sont le cannabis et la cocaïne. La moitié des sujets (47 %) ont déjà entrepris un traitement au cours de leur vie ».

Consommation de drogues illicites et de drogues par injection.

- Une étude réalisée par Permanent, Brochu, Cousineau et Sun (2001) dans les pénitenciers et prisons québécoises révèle qu'entre 53 % à 64 % des détenus auraient consommé une drogue illicite au cours des six mois précédant leur arrestation. Bien plus, entre 36 et 38 % en aurait consommé le jour du délit qui leur a valu leur incarcération. Malgré le contrôle qui caractérise les institutions carcérales, 33 % des détenus rapportent avoir fait un usage de substances illicites en pénitenciers dans les trois derniers mois de leur incarcération (Plourde et Brochu, 2002).

- Plusieurs études rapportent que 25 % à 50 % des personnes incarcérées reconnaissent être UDI et plus de la moitié d'entre elles disent avoir déjà utilisé une aiguille qui avait servi à d'autres UDI (Hankins et coll., 1989 et 1991 ; Rothon et coll., 1994 ; Santé Canada, 1998). Les femmes étaient plus susceptibles de rapporter des antécédents d'utilisation de drogue par injection que les hommes, 54,0 % versus 28,5 % (Rothon et coll., 1994). Ces comportements se poursuivent pendant l'incarcération pour un bon nombre d'entre elles (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001-2002).

1.3.5.2 Proportion de personnes infectées

VIH

- Lors d'une étude réalisée en 1990 et en 1991 à l'établissement de détention de Montréal (É.D.M) et à la Maison Tanguay, des anticorps anti-VIH ont été détectés chez 3,6 % des hommes et chez 9 % des femmes en détention (Hankins et al, 1995), comparativement à une prévalence évaluée à 1,7 pour 1000 habitants pour l'ensemble du Québec.
- Une étude réalisée en 1994 au Centre de détention de Québec rapporte des taux de séroprévalence du VIH de 2,2 % chez les hommes et de 7,6 % chez les femmes (Alary et coll. 1995).

VHB

- Les résultats d'une étude réalisée dans une prison de Québec, auprès de 248 femmes, rapportaient un taux de prévalence des marqueurs sérologiques pour l'hépatite B de 45,1 % (Hankins, Gendron et O'Saughnessy, 1989). Une autre étude réalisée entre 1990 et 1991 à l'Établissement de détention de Montréal et à la Maison Tanguay a mis en évidence une prévalence des marqueurs de l'hépatite B de 30 % (Hankins et coll. 1995).
- Ailleurs au Canada, lors d'une étude séro-épidémiologique des virus des hépatites B et C réalisée auprès de 415 hommes détenus dans des établissements correctionnels fédéraux de Colombie Britannique, on a rapporté une prévalence des marqueurs du VHB de 21,9 % (Prefontaine et Chaudary, 1990).

VHC

- Dans l'étude susmentionnée Prefontaine et Chaudary ont constaté que la prévalence des anticorps anti-VHC était de 28 % dans les 415 échantillons prélevés chez les détenus masculins d'établissements correctionnels fédéraux en Colombie Britannique.
- En Ontario, une étude de prévalence du VIH et VHC effectuée dans un pénitencier fédéral pour femmes (n = 113) a rapporté une séroprévalence des anticorps anti-VHC de 39,8 % (Ford et coll.1995).
- Toujours en Ontario, une enquête de dépistage volontaire de l'hépatite C menée dans un pénitencier fédéral pour hommes (n = 408) a révélé que la séroprévalence des anticorps anti-hépatite C était de 27,9 % (Pearson et al. 1995).
- Une autre étude dans une prison fédérale ontarienne pour hommes (n=353) réalisée en 1998 a rapporté une prévalence des anticorps anti-VHC de 33 % (Ford et. coll., 2000).

1.3.5.3 Recours au test VIH

Évaluation de l'utilité et de l'accessibilité des services de *counselling* et de dépistage du VIH en milieu carcéral, Beauchemin et Labadie 1997:

- " Le service de dépistage offert en milieu carcéral rejoint une clientèle à haut risque d'infection par le VIH (et les MTS) mais qui, en général, n'utilise pas ou peu les services comparables offerts à l'extérieur de la prison:
- Parmi la clientèle du service de dépistage :
- « 63 % des hommes et 43 % des femmes faisaient une première demande à vie pour le test anti-VIH. Parmi les clients(es) du service de dépistage pour lesquels(les) il ne s'agissait pas d'une première

demande, 30 % des hommes et 57 % des femmes avaient fait ce test lors d'une incarcération précédente.

- 52 % (35/67) des hommes et 56 % (30/54) des femmes (excluant les peines fédérales) déclarent s'être injecté des drogues au cours des douze mois précédant l'incarcération
- 10 % (6/61) des hommes et 67 % (35/52) des femmes rapportent avoir fait de la prostitution au cours des douze mois précédant l'incarcération.
- En outre, 41 % (25/61) des hommes et 34 % (17/50) des femmes qui ont utilisé le service disent avoir eu des partenaires sexuels UDI au cours des douze mois précédant l'incarcération:
- Au total, 69 % (41/59) des hommes et 84 % (42/50) des femmes (excluant les peines fédérales) déclarent l'une ou l'autre de ces trois situations à haut risque ».

1.3.5.4 Facteurs favorables et défavorables au recours au test VIH

Évaluation de l'utilité et de l'accessibilité des services de *counselling* et de dépistage du VIH en milieu carcéral, Beauchemin et Labadie 1997:

- " Pour plusieurs détenus, la demande de dépistage s'inscrit dans une démarche personnelle visant à faire un bilan de vie, à savoir où ils en sont et à quoi s'en tenir pour l'avenir. Malgré qu'ils anticipent des bouleversements majeurs à l'annonce d'une séropositivité, les détenus " veulent savoir ", pour protéger les autres ou pour planifier leur avenir et celui de leurs proches et de leurs enfants.
- L'incarcération peut favoriser le recours au service de dépistage du VIH en prison puisqu'elle impose l'abstinence aux détenus et qu'elle leur permet de " dégeler ".
- L'assurance d'un *counselling* post-test et d'un suivi soutenu de la part d'intervenants qualifiés en prison constitue en effet pour plusieurs détenus une condition favorisant l'accessibilité et l'utilisation du service de dépistage du centre de détention.
- Par ailleurs, pour bon nombre de clients, la crainte d'un bris de confidentialité ne constitue pas une raison suffisante pour ne pas utiliser le service de dépistage offert en prison.

1.3.5.5 Mobilisation des personnes infectées (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)

- Il y a d'importants problèmes de prise en charge et d'accès aux soins et services (programme d'accès à la désintoxication à la méthadone, suivi psychosocial...) lorsque le client retourne dans la communauté (Bilan de la Phase III).

1.3.6 Autochtones

1.3.6.1 Effectif RRSSS Montréal-Centre

- Aux fins de recensement, sont incluses dans la population autochtone toutes les personnes ayant déclaré qu'elles appartenaient à au moins un groupe autochtone, c'est-à-dire Indien de l'Amérique du Nord, Métis, ou Inuit (Esquimau) et/ou ayant déclaré être un Indien des traités ou un Indien inscrit aux termes de la Loi sur les Indiens du Canada et/ou ayant déclaré être membres d'une bande indienne ou d'une première nation. Sous réserve de l'article 7, une personne a le droit d'être inscrite si elle remplit une des conditions mentionnées par cette loi.
- Selon les données du recensement de 1996, la population autochtone de Montréal s'élèverait à 20 840 personnes dont la répartition géographique est présentée au tableau ci-joint. Cette communauté ne constitue pas un bloc homogène mais plutôt une mosaïque culturelle (au Québec, 11 nations autochtones sont dénombrées).
- Par ailleurs, on rapporte que de nombreux autochtones transitent ou séjournent pour des durées variables sur le territoire de l'île de Montréal, retournant fréquemment dans leurs milieux d'origine. Le nombre d'individus et la durée de ces séjours ne sont pas bien connus. La mobilité des populations autochtones entre les quartiers centraux des villes et les zones rurales pourrait contribuer à l'exportation des risques d'infection par VIH jusque dans les collectivités autochtones les plus reculées.

TABLEAU 4 : POPULATION AUTOCHTONE SELON LE TERRITOIRE DE RÉSIDENCE DE CLSC, MONTRÉAL 1996

TERRITOIRE DE CLSC	NB PERSONNES	TERRITOIRE DE CLSC	NB PERSONNES	TERRITOIRE DE CLSC	NB PERSONNES
Ahuntsic	915	Mercier-Est/Anjou	925	René Cassin	65
Bordeaux-Cartierville	270	Métro	600	Rivière-des-Prairies	335
Côte-des-Neiges	835	Montréal-Nord	1 000	Saint-Henri	450
De Rosemont	1 065	NDG / Montréal-Ouest	780	Saint-Laurent	375
Des Faubourgs	1 065	Olivier-Guimond	470	Saint-Léonard	355
Du Vieux La Chine	1 305	Parc Extension	85	Saint-Louis du Parc	900
Hochelaga-Maisonneuve	1 045	Pierrefonds	1 280	Saint-Michel	340
La Petite Patrie	750	Plateau Mont-Royal	1 295	Verdun/Côte Saint-Paul	1 700
Lac Saint-Louis	480	Pointe-aux-Trembles	675	Villeray	910
LaSalle	740	Pointe-Saint-Charles	415		
				Total	**20 840**

Source: Statistique Canada - données du recensement de 1996

Plusieurs des données présentées ici sont extraites du document « Breaking the Walls of silence : Aboriginal people and HIV /AIDS in Montreal, HIV/AIDS needs assessment, Final report » (Ship et Norton novembre 2001). Cette étude menée en 2001 comportait des entrevues avec des prestataires de services et un questionnaire d'enquête complété par vingt jeunes adultes et adultes d'origine autochtone.

Caractéristiques

- « Tous les répondants fréquentent le Centre Amitié Autochtone et beaucoup utilisent les services d'urgence en matière d'hébergement, d'alimentation et de santé, et sont des habitués des services de prévention primaire. Plusieurs personnes sont nouvellement arrivées à Montréal et dans la rue. Plusieurs d'autres habitent dans des logements temporaires et instables dans le centre ville et ils ont des revenus sous le seuil de pauvreté. La majorité est sans emploi ou sous-employée en partie parce qu'elle est surtout anglophone. Presque tous les répondants ont plusieurs comportements à risque face VIH et ils ne se perçoivent pas à risque face à cette infection. La majorité des fournisseurs de services identifient les femmes Inuites dans la rue dans les groupes à risque les plus visibles de personnes autochtones. Plusieurs de ces femmes sont impliquées dans une spirale cyclique d'abus et de violence, de sexe pour la survie, d'alcoolisme, de consommation abusive de drogues et de relations abusives » (Ship et Norton, 2001).
- Brassard et coll.(1996) relevaient des conditions similaires : « Des comportements à risque en regard de l'infection au VIH seraient fréquents notamment la consommation d'alcool (associée à une sexualité non protégée), la prise de drogue par injection et la prostitution de survivance ».

1.3.6.2 Proportion des personnes infectées

VIH

Au Canada, ce n'est que depuis 1998 qu'on dispose de données sur l'origine ethnique des cas d'infection par le VIH. En 1998, 19,2 % des cas séropositifs dont l'origine ethnique était connue étaient les Autochtones alors qu'en 2001, cette proportion atteignait 25,5 %. La proportion des rapports de test positif pour le VIH chez les Autochtones entre janvier et le 30 juin 2002 s'élevait à 26,5 %. Ces proportions sont plus élevées que celles attribuées aux Autochtones pour les cas déclarés de sida.

Par exemple, en 2001, 5,3 % des cas déclarés de sida dont l'origine ethnique était connue étaient des Autochtones. Entre janvier et le 30 juin 2002, cette proportions est passée à 14,1 % alors qu'en 2001, les Autochtones formaient 3,3 % de la population canadienne. C'est dire que les Autochtones sont sur-représentés parmi les cas déclarés de sida.

La proportion de cas de sida parmi les Autochtones qui ont été attribués à l'injection de drogues a augmenté radicalement avec le temps, passant de 10,3 % avant 1992 à 30 % entre 1992-1996 et à 53,1 % entre 1997-2001. Dans les 6 premiers mois de 2002, 55,6 % des cas déclarés de sida chez les Autochtones ont été associés à l'injection de drogues (Santé Canada, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Actualités en épidémiologie VIH/Sida, L'infection à VIH et le sida chez les Autochtones du Canada : un problème persistant, avril 2003).

Note : Il faut se rappeler que les deux provinces les plus populeuses, l'Ontario et le Québec, ne transmettent pas de données sur l'origine ethnique des cas d'infection à VIH

- Centre maternel et infantile sur le sida de l'hôpital St-Justine. Entre 1997 à 2000, 1 % des 423 femmes séropositives suivies étaient des autochtones (Mme Johanne Samson, coordonnatrice de recherche au Centre maternel et infantile sur le Sida)

Tuberculose
En 2002-2003, cinq cas de tuberculose active chez des autochtones ont été déclarés à la Direction de santé publique de Montréal-Centre.

Hépatite B, Hépatite C, ITS
L'épidémiologie de ces infections parmi la communauté autochtone de Montréal n'est pas connue.

Dans le cadre d'un projet exploratoire de proximité financé conjointement par la Direction de santé publique de Montréal et par Santé Canada (HIV/hépatitis C Outreach project; un projet s'étendant de juillet 2003 à mars 2004 et mené auprès d'autochtones fréquentant des parcs du centre-ville de Montréal), on a documenté que sur une trentaine de clients, 14 s'étaient infectés par le VIH et 7 par l'hépatite C (Alix Adrien Alix, communication personnelle, août 2003).

1.3.6.3 Recours au test VIH

« La grande majorité des répondants ont déjà été testés pour le VIH. La majorité de ces personnes ont eu recours à un test VIH durant la dernière année. De plus, 12 répondants avaient été testés trois fois ou plus. Le centre amitié autochtone et le CLSC Métro étaient le plus fréquemment mentionnés comme les sites où avait été effectué le test, bien que les répondants rapportaient avoir été testés dans divers hôpitaux et CLSC de Montréal, et quelques hôpitaux et cliniques dans d'autres villes canadiennes » (Ship et Norton, 2001).

« La majorité des répondants n'ont pas reçu du *counselling* ou du soutien lors du test pour le VIH. La moitié des répondants étaient satisfaits avec le *counselling* et le soutien qu'ils avaient reçu lors de leur test VIH. Ceux qui n'avaient pas été satisfaits ont indiqué qu'ils auraient aimé avoir du *counselling* et plus de soutien » (Ship et Norton, 2001).

1.3.6.4 Facteurs favorables et défavorables au recours au test VIH

« En ce qui concerne le dépistage du VIH auprès des personnes autochtones il existe un besoin d'assurer un *counselling* et un soutien culturellement adaptés » (Ship et Norton, 2001).

1.3.6.5 Mobilisation des personnes infectées (comportements sécuritaires / prise en charge clinique)

« Tel mentionné à répétition par les professionnels de la santé, une fois diagnostiqués avec le VIH, la plupart des hommes et des femmes autochtones ne retournent pas pour avoir un suivi, ni auprès du professionnel initial ni auprès d'un service où ils ont été référés. Il semble qu'ils disparaissent tout simplement dans l'anonymat et/ou dans la rue. Plusieurs personnes "récemment diagnostiquées sont dans l'état de négation de la maladie", tel que nous informent plusieurs fournisseurs de soins.

La rétroaction des professionnels de la santé concernant leurs clients séropositifs amérindiens, Inuits et métis, indique qu'en général ils ont un style de vie déstabilisé, caractérisé par le risque d'itinérance, abus de substances, alcoolisme, utilisation de drogues injectables, violence et relations abusives (dans certains cas

commerce du sexe). Plusieurs vivent avec des revenus fixes qui sont sous le seuil de pauvreté, avec peu de ressources et de soutien social. Plusieurs fréquentent les refuges.

Plusieurs personnes autochtones ne recherchent pas des soins, du soutien ou du traitement lors du diagnostic du VIH mais ils le font plutôt dans les stades avancés de la maladie. Par conséquent, ils sont en général des clients avec des grands besoins et avec des co-infections. La plupart ne prennent pas leurs médicaments régulièrement, sinon pas du tout. Plusieurs ne retournent pas pour le suivi à moins qu'ils aient une urgence médicale. La majorité ont accès à des services très "basics" et ne profitent pas de tout le déploiement de services à leur intention. Ils refusent de participer aux groupes de soutien mixtes avec des personnes non-autochtones. Les personnes autochtones vivant avec le VIH-Sida, particulièrement les hommes, sont sous-représentés dans les services pour le VIH-sida et presque invisibles » (Ship et Norton 2001).

Il y a sept principales barrières à l'accessibilité aux services auxquelles sont confrontées les personnes autochtones : (Ship et Norton, 2001) :

- **Méconnaissance de la culture autochtone**
  La grande majorité de fournisseurs de services non-autochtones qui travaillent avec des clients autochtones ont rapporté qu'ils possèdent peu de connaissances concernant les expériences, les besoins, les cultures, les traditions et les perspectives des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
- **Différences linguistiques**
  La majorité des intervenants ont indiqué que bien qu'ils puissent dispenser des services en anglais aux anglophones, leurs services sont en général offerts en français car la majorité de leurs clients sont des francophones. Quelques intervenants ont noté que ceci pourrait constituer un inconvénient pour les autochtones qui en général sont anglophones.
- **Attentes et expériences divergentes autour de la prestation de services**
  Lorsqu'une personne autochtone doit sortir de la communauté pour se rendre à un service médical, elle est habituellement accompagnée par quelqu'un de la communauté qui joue le rôle de liaison avec l'hôpital, ainsi que celui de médiateur culturel et linguistique.
- **Relation historique entachée d'inégalité**
  Il y a un besoin à reconnaître les multiples façons dont la relation historique entachée d'inégalité entre l'état / la société canadienne et les peuples autochtones se manifeste dans les structures, dans les institutions, dans les attitudes et dans les expériences. Il y a un besoin d'éducation anti-racisme pour tous les professionnels qui travaillent dans le secteur des services humanitaires.
- **Manque de confiance face aux professionnels de la santé**
  Quelques intervenants ont observé lors de leur propre expérience que les clients autochtones qu'ils ont rencontré étaient méfiants envers les établissements médicaux, particulièrement envers les médecins et les infirmières.
- **Capacités financières, des bénéficiaires non-assurés**
  Des nombreuses personnes autochtones à risque ou vivant avec les VIH/SIDA n'ont pas l'argent nécessaire pour se procurer des tickets d'autobus pour se rendre à un service médical, social ou à un organisme communautaire.
- **Manque de connaissance sur les services existants**
  Plusieurs répondants, particulièrement les nouveaux arrivants à Montréal, ont indiqué qu'ils ne savent pas où aller pour recevoir des services.

Les personnes autochtones ont été confrontées au racisme au travers de "la discrimination, l'exclusion, les stéréotypes, le manque de soutien et de reconnaissance, les attitudes négatives, l'aliénation..... C'est inconscient, direct, individuel, systématique et institutionnel" (Commission Royale des Peuples Autochtones 1996b : 527 cités dans Ship et Norton, 2001).

2. ÉQUIPES DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE ITSS DES CLSC DÉSIGNÉS DE MONTRÉAL

2.1 HISTORIQUE ET MANDAT

- En 1989 ont été mises sur pied 4 équipes spécialisées de dépistage anonyme du VIH, deux à Montréal (au CLSC des Faubourgs et au CLSC Métro), une à Québec et une à Sherbrooke. En plus de la responsabilité d'offrir à leur population l'accessibilité à un test anonyme de dépistage du VIH, ces équipes d'intervention étaient chargées de fonctions régionales de formation des professionnels, d'éducation à la santé auprès de la population, de support psychologique aux personnes infectées et de surveillance de l'infection au VIH. Ces équipes eurent également à assurer un soutien aux autres régions du Québec.

- Par la suite, deux autres équipes d'intervention Sida ont vu le jour à Montréal, l'une d'entre elles était située dans deux milieux carcéral de juridiction provinciale (équipe reliée au CLSC Ahuntsic) et l'autre oeuvrait auprès de la communauté haïtienne (CLSC St-Michel).

- Au fil des ans, la problématique de l'infection à VIH s'est transformée, notamment au niveau du profil de l'épidémie et de la disponibilité de nouvelles thérapies antirétrovirales. Il est devenu nécessaire d'adapter les services de prévention à ces nouvelles réalités. Dans le cadre d'une révision des activités des équipes sida à Montréal (Cadre de référence, Équipes spécialisées prévention Sida-MTS des CLSC, RRSSS Montréal-Centre, Carrière, Champoux et Lambert, mars 1999) et conformément aux orientations ministérielles (Stratégie québécoise de lutte contre le sida, phase 4), il a été recommandé d'assurer un virage :

  De l'offre d'un service spécialisé (la procédure de dépistage du VIH de manière anonyme) à la population générale, vers l'offre d'un continuum de services intégrés à certaines populations vulnérables.

2.2 PLAN D'ORGANISATION ET SPÉCIFICATION DE L'INTERVENTION

Le plan d'organisation découlant de cette révision a fait l'objet d'interactions soutenues entre les représentants des Services de première ligne de la RRSSS Montréal-Centre, de la Direction de santé publique et des CLSC impliqués au cours de l'été et de l'automne 1999. Il comprenait les composantes suivantes :

Modalités – nature des services offerts

- Élaborer et actualiser un plan d'offre de test VIH au sein de chacune des populations vulnérables identifiées.
- Maintenir la procédure de test de dépistage du VIH de manière anonyme comme choix offert à la population générale de Montréal-Centre et aux populations vulnérables. L'accessibilité à une procédure anonyme pourra varier selon le niveau de pertinence de cette procédure pour la clientèle visée.
- Élargir la gamme des services offerts dans le cadre d'un dépistage du VIH, notamment :

- le dépistage d'autres MTS et de l'hépatite C ;
- la notification aux partenaires de personnes ayant contracté l'infection au VIH ou une autre MTS ;
- l'éducation sanitaire personnalisée visant l'adoption de comportements sécuritaires; incluant la possibilité d'un recours à une intervention structurée de *counselling* auprès de personnes récemment diagnostiquées VIH positif.
- la vaccination contre les hépatites A et B.

Modalités d'organisation des services

- Centraliser dans un seul CLSC le mandat d'offrir certains services à portée régionale, à la population générale, notamment
- Favoriser le développement d'un réseau fonctionnel (liens et échanges, activités communes, développement d'outils...) de CLSC partageant ce mandat particulier de prévention du sida et d'interventions auprès des populations vulnérables.
- Assurer que ces services intégrés de prévention soient dispensés à proximité des populations vulnérables, en lien avec les organismes communautaires des territoires.
- Assurer que les efforts de ce réseau de centres d'intervention Sida/MTS s'articulent avec les autres partenaires du réseau de la santé et de la communauté dans un plan d'organisation de services à l'intention des populations vulnérables; couvrant notamment pour les personnes qui s'injectent des drogues,
  - la prévention de la toxicomanie ;
  - la distribution de matériel stérile d'injection ;
  - les services cliniques et préventifs de base, dont: soins courants, urgence psychosociale, aide à la survie, immunisation contre les hépatites ;
  - l'accessibilité à la méthadone (sevrage, maintien et bas seuil) ;
  - l'accompagnement / support au suivi clinique des personnes infectées par le VIH ;
  - des thérapies supervisées ou directement observées ;
  - un accès aux traitements facilités pour le VIH mais également pour d'autres infections telles que la TB et les hépatites B et C ;
  - la réadaptation.

Modalités de soutien

- Assurer l'accessibilité aux tests (tests urinaires, test de détection rapide), aux médicaments MTS et aux vaccins requis pour la mise en œuvre des services.
- Élaborer et actualiser un plan de formation continue des intervenants.
- Élaborer et appliquer un plan d'évaluation des services.

Par intervention de proximité, on désigne toute activité de l'infirmière (ou autre intervenant) qui vise un rapprochement des populations vulnérables difficiles à rejoindre, pour leur assurer l'accessibilité aux services de prévention et de prise en charge des ITSS. Ceci consiste à sortir de l'établissement de santé (en l'occurrence du CLSC) et aller vers les populations à risque, dans leurs milieux de vie (organisme communautaire, centres de jour, centres d'hébergement, prison, rue, école de décrocheurs etc.) pour leur dispenser des services et de l'information - éducation. On cherche ainsi à adapter les pratiques actuelles aux réalités de ces clientèles, et ce afin de mieux les rejoindre et ainsi leurs offrir une gamme de services qui répondent à leurs besoins.

2.3 POPULATIONS CIBLÉES ET CLSC MANDATÉS

Neuf (9) CLSC se sont vus confier des mandats spécifiques liés à des clientèles vulnérables. L'intensité des services pourrait varier en fonction de l'état de situation des services et des ressources du territoire.

- 7 CLSC sur les territoires desquels se retrouvent des **jeunes marginaux et de personnes utilisatrices de drogues injectables** : Des Faubourgs, Métro, Hochelaga-Maisonneuve*, Petite Patrie*, Plateau Mont-Royal*, Rosemont*, Villeray*
- le CLSC impliqué auprès d'**hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes :** Des Faubourgs
- le CLSC impliqué auprès de la **clientèle carcérale**: Ahuntsic
- le CLSC impliqué auprès de la **population haïtienne**: St-Michel
- le CLSC impliqué auprès des **femmes en situation de haut risque** : Métro

Un seul **CLSC,** le CLSC Métro, a reçu un mandat régional pour la **population générale** impliquant les services suivants :

- Ligne d'information/orientation téléphonique
- Services intégrés de prévention pour la population générale régionale
- Activités de formation/éducation de groupe VIH/MTS (en collaboration avec la régie)

Services de nutrition : le mandat régional lié aux services de nutrition a finalement été donné au CLSC des Faubourgs.

** Ces cinq « nouvelles » équipes se sont vues confier un mandat pour la première fois; les 4 autres équipes existaient déjà.*

3. DÉMARCHE D'ÉVALUATION

Le présent bilan porte sur une période de trois ans, soit depuis le dépôt du "Cadre de référence des équipes spécialisées prévention SIDA-MTS des CLSC" en mars 1999 jusqu'en avril 2002. Son objectif est de rendre compte du degré d'implantation et de l'évolution des équipes de prévention et de dépistage des ITSS des neuf CLSC désignés. Il concerne les activités de tous les intervenants des équipes (le personnel infirmier, le personnel psychosocial et les nutritionnistes).

Compte tenu de la difficulté à obtenir les données relatives aux activités déployées et aux services offerts, on a retenu une période témoin d'étude, soit d'avril 2001 à mars 2002. Cependant, pour certaines activités, telles que la vaccination contre les hépatites A et B, les données sont présentées jusqu'en décembre 2002.

3.1 BUT ET OBJECTIFS D'ÉVALUATION

But

Le but de cette évaluation formative était d'obtenir des informations qui puissent aider à ajuster de manière continue les modalités d'application de ce programme afin notamment d'augmenter sa capacité à:

- Rejoindre les populations vulnérables visées ;
- Dispenser à ces populations la gamme de services préventifs prévus ;
- Assurer une adéquation entre ses ressources et les besoins identifiés des populations visées ;
- Augmenter la réceptivité de la clientèle à l'offre de services ;
- Augmenter la fidélité et l'adoption par les clientèles des mesures de prévention proposées ;
- Assurer la liaison entre les populations vulnérables et les ressources du réseau de la santé.

La finalité du programme est d'améliorer l'état de santé des populations vulnérables face aux ITSS.

Objectifs

- Documenter le niveau d'actualisation du programme par les CLSC : portrait des projets et activités entrepris ainsi que des ressources humaines et financières (diverses sources de financement le cas échéant) consacrées à ce programme ;
- Dresser un portrait sommaire des caractéristiques des populations vulnérables des territoires des équipes prévention ITS-VIH-hépatites ; rendre compte de la connaissance que les équipes ont de ces populations ainsi que des activités de connaissance qu'elles ont entreprises à l'égard de ces populations.
- Apprécier le processus de collaboration avec les partenaires des équipes :
  - intra - CLSC : intégration des équipes au sein des CLSC, accueil fait aux clientèles, capacité de mobiliser une équipe multidisciplinaire, effet catalyseur des équipes sur l'ouverture des CLSC aux clientèles vulnérables.
  - inter - équipes de prévention : l'échange d'information, le soutien, le partage de valeurs, la motivation à collaborer, la réalisation d'activités en commun.
  - organismes communautaires : l'échange d'information, le soutien, le partage de valeurs, la motivation à collaborer, la réalisation d'activités en commun, le développement de nouvelles pratiques et de synergie suite au partenariat, les conditions d'existence des partenariats.

- ressources du réseau de la santé 1ère et 2ième ligne (dont les centres de désintoxication et réinsertion, les UHRESS, les cliniques privées, les hôpitaux) : apprécier notamment les obstacles et les facteurs facilitants à la référence et/ou l'accompagnement vers les ressources du réseau de la santé.

- Quantifier les services dispensés dans le cadre du programme (ex : nombre de consultations avec le personnel infirmier, avec le personnel psychosocial, nombre de personnes vaccinées, nombre de personnes dépistées, nombre de personnes dépistées qui ont été informées de leur résultat, nombre de personnes dépistées trouvées positives, nombre de personnes trouvées positives pour chlamydiose ou gonococcie, nombre de personnes référées et nature de la référence, nombre de personnes à qui ont été offerts des services cliniques de base).
- Établir dans quelle mesure les clientèles visées et les clientèles non visées par les activités ont été rejointes et ont participé au programme.
- Apprécier l'ensemble des facteurs facilitants et des obstacles vécus par les équipes de CLSC dans l'implantation du programme de prévention IST/VIH/hépatites.

3.2 CADRE THÉORIQUE

Il s'agit principalement d'une évaluation d'implantation et de processus du programme des équipes de prévention et de dépistage des ITSS des CLSC, effectuée dans une perspective formative.

L'approche formative ne vise pas à poser un jugement global sur l'efficacité ou le rendement d'un programme, mais plutôt à renseigner sur son fonctionnement en regard de l'atteinte des objectifs, dans le but d'ajuster le programme. L'évaluation est ici elle-même conçue comme un processus où « l'information est sans cesse ajoutée, organisée de façon systématique et analysée de façon périodique » (Jenkins, 1961, cité par Mercier-Tremblay et Milstein, 1978). Aux objectifs d'évaluation s'ajoutent des objectifs d'action et l'équipe de recherche est appelée à se définir comme un intervenant préoccupé de développer l'organisation du programme. Le principe fondamental de la recherche évaluative formative est la mise à la disposition du praticien des données de recherche dès qu'elles sont disponibles de telle sorte que celui-ci puisse les utiliser afin d'améliorer son programme. La notion de rétroaction (feedback) y est centrale (Mercier-Tremblay et Milstein, 1978).

L'approche formative en évaluation vise à développer chez le praticien le souci d'évaluer les effets de son activité de façon systématique, de faire de l'évaluation, non pas un moment précis dans la vie d'un programme, mais un processus permanent. En conséquence, la collecte des données doit se fonder sur une méthodologie souple et légère, peu coûteuse, proche du milieu. Les résultats doivent être facilement et rapidement accessibles (Mercier-Tremblay et Milstein, 1978).

Un cadre conceptuel a été développé afin de structurer la démarche d'évaluation et de définir les dimensions à examiner (Annexe 1). Ce travail a été réalisé à partir de la littérature portant sur l'évaluation des services de santé et de leur qualité (Donabedian, 1980, 1988 ; Patton, 1992 ; Pineault et Daveluy, 1997 ; Rossi, 1998 ; McNeil, 2001).

Selon Donabedian (1988) l'évaluation de la qualité d'un service de santé doit porter sur ses trois grandes composantes : la structure, le processus et les résultats. La structure fait référence aux caractéristiques des

ressources financières et matérielles (le budget, les équipements les facilités) et des ressources humaines (le nombre, le ratio du personnel et son roulement). Le processus définit "qu'est-ce qu'a été fait lorsqu'on a donné ou reçu des soins", c'est à dire les caractéristiques des activités et des services déployés. Finalement, les résultats font référence aux effets des soins sur l'état de santé des patients et des populations. Cependant, de plus en plus on a tendance à séparer les résultats en *outputs* et *outcomes*. Les *outputs* ou les extrants sont les résultats d'un service ou d'un projet à court ou moyen terme (ex. nombre de personnes rencontrées ou vaccinées) alors que les *outcomes* sont les résultats ou les effets en terme de santé (augmentation de la couverture vaccinale contre les hépatites, diminution de l'incidence des MTS ou du VIH etc.). Dans le cas du présent bilan on a tenté d'apprécier la structure, le processus et les résultats de type *outputs*.

Afin de cerner le processus on est parti du "concept de services de santé et services sociaux" développé par McNeil (2001), lequel est utilisé par la Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal centre pour évaluer la qualité des services offerts aux usagers dans les organismes de santé et de services sociaux. Selon McNeil (2001), le concept de services de santé et des services sociaux est composé de trois secteurs : relationnel, professionnel, et organisationnel. Le secteur relationnel touche la relation avec le client, réfère à l'humanisation des soins et à des aspects très importants aux yeux du client, il renferme trois dimensions : la dignité, l'intimité et l'empathie. Le secteur professionnel touche la prestation du service sous l'angle professionnel, fait référence à un métier, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de base par un traitement, il comporte quatre dimensions : fiabilité, responsabilisation, apaisement et solidarisation. Finalement, le secteur organisationnel, touche l'organisation du service, réfère à l'environnement. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort : le service peut être plus ou moins accessible et les systèmes, politiques et procédures peuvent assurer ou non la rapidité, la continuité et la facilité du service. Dans le cas de la présente évaluation toutes ces dimensions n'ont pu être explorées. Les secteurs organisationnels et professionnels ont davantage été examinés. Par conséquent, la dimension relationnelle a été regardée uniquement à partir de la perception des professionnels. Les dimensions "responsabilisation", "apaisement" et "solidarisation" n'ont pas pu être étudiées. Compte tenu du mode très ponctuel de l'interaction entre le personnel des équipes et la clientèle.

Les niveaux d'analyse susceptibles d'influencer l'implantation retenus sont : les caractéristiques de la structure (les ressources humaines, financières et matérielles de l'équipe), les caractéristiques du processus de chaque équipe (activités déployées, services dispensés), les liens et la collaboration avec les partenaires (internes et externes). Le degré de mise en œuvre représente la variable dépendante qui sera mise en relation avec les caractéristiques contextuelles du milieu d'implantation qu'on vient de mentionner.

3.3 MÉTHODOLOGIE

Suite à l'attribution du mandat au printemps 2002, l'équipe d'évaluation de la DSP s'est entendue avec les représentants des Services de 1ère ligne et les coordonnateurs des équipes sur les dimensions à couvrir. Puisque le bilan portait sur la période 1999-2002, les données ont été colligées rétrospectivement. En termes d'activités déployées et de services dispensés, un effort particulier a été effectué à dresser le portrait de la troisième année du bilan, l'année 2001-2002.

3.3.1 Collecte de données

3.3.1.1 Instruments

À partir du cadre conceptuel ont été développés les instruments de collecte suivants :

- La grille- bilan de collecte de donnée pour les équipes (Annexe 1) ;
- La grille d'entrevue avec les coordonnateurs des EPDITSS ;
- La grille d'entrevue avec les intervenants des EPDITSS ;
- La grille d'entrevue avec les intervenants des organismes communautaires ;
- Le schéma d'entrevue avec le groupe de discussion avec les infirmières des EPDITSS;
- Une fiche d'évaluation des facteurs facilitants et des obstacles ayant pu influencer l'implantation du programme;
- Une fiche sur la perception des infirmiers et infirmières au sujet de l'importance à accorder aux divers services pouvant être dispensés par une EPDITSS.

3.3.1.2 Sources des données

a) Documents

- Ont été colligés les divers documents produits par les ÉPDITSS en regard du programme : états de situation, plans d'action, bilans annuels d'activités, comptes rendu de réunion, documents d'information / promotion à l'intention de la clientèle... ;
- Ont été révisés les comptes rendus des rencontres régulières animées par la RRSSS avec les coordonnateurs (ices) des ÉPDITSS, de même que les rencontres tenues en lien avec : i) l'analyse des besoins de formation des intervenants des équipes; ii) la formalisation des plans d'action des CLSC au sujet de la vaccination contre les hépatites A/B; iii) l'élaboration des actes délégués et ententes particulières nécessaires aux interventions «à proximité».

b) Statistiques compilées à partir de :

- Dossiers clients de deux EPDITSS (des Faubourgs et Métro) qui procèdent systématiquement à une entrevue lors du dépistage, selon une grille provinciale destinée aux services de dépistage anonyme du VIH/SIDA du Québec. Les dimensions couvertes par cette grille sont : l'âge et le sexe ; le pays d'origine ; l'importance de l'anonymat pour le client dans le fait de recourir à un service de dépistage anonyme ; la principale raison du client pour demander un test anti-VIH ; la principale catégorie d'exposition au risque telle que déterminée par l'intervenant ; le nombre de dossiers pour lesquels il est question d'activités de prostitution ; le nombre de partenaires sexuels depuis 12 mois ; si le client a déjà eu un test de dépistage anti-VIH effectué antérieurement ; le nombre des rencontres pré-tests et post-

test ; le nombre de prélèvements, le nombre de résultats positifs et le nombre de résultats négatifs ; les références pour des suivis offerts à l'interne ou à l'externe de l'établissement.
- Dossiers clients en milieu carcéral pour le dépistage VIH, VHB et VHC ;
- Fiches monitorage du projet de vaccination contre les hépatites A et B ;
- Système d'information clientèle des CLSC (SIC) - pour les autres interventions durant la période 2001-2002.

Il importe de mentionner que les équipes ont compilé manuellement pratiquement toutes leurs données, mis à part les quelques informations provenant du SIC.

c) Entrevues avec les interlocuteurs clés

Des entrevues individuelles semi-directives et des groupes de discussion (plusieurs petit groupes et un groupe de discussion conventionnel) ont été réalisées avec : les coordonnateurs (ices) et les intervenants des équipes, et avec les représentants des milieux d'intervention. Les thèmes abordés sont : la connaissance et la compréhension du contexte de l'équipe, de ses objectifs particuliers, de ses partenariats, de son fonctionnement, de ses activités, de ses outils ; la perception des besoins et des attentes des clientèles. Certaines des ces entrevues ou discussions ont eu lieu face à face et d'autres ont été téléphoniques.

Au total, ont été réalisées :
- 9 entrevues semi-directives avec chacune des équipes (pouvaient être présentes 2 ou 3 personnes, toujours le (la) coordonnateur (ice) et une infirmière et/ou un ARH) ;
- 4 entrevues semi-directives individuelles (face à face ou téléphoniques) avec : l'infirmière d'une équipe, la psychologue d'une équipe, une infirmière d'un organisme et un travailleur de rue d'un organisme communautaire ;
- 1 groupe de discussion avec 10 infirmières des équipes.

De plus, tout au long de la démarche d'évaluation plusieurs conversations ou conférences téléphoniques ont eu lieu entre l'équipe d'évaluation et les équipes de prévention.

Au total 30 personnes ont été interviewées individuellement ou en groupe dont : 16 infirmières (15 des équipes et 1 d'une ONG) ; 9 coordonnateurs (ices) ; 1 assistante au supérieur immédiat ; 3 ARH (agents de relations humaines des ÉPDITSS) et un 1 travailleur de rue d'un organisme communautaire.

d) Observation directe

Les interactions entre les infirmières et les clients ont été observées à deux reprises pendant des sessions de vaccination organisées dans deux organismes communautaires.

3.3.2 Analyse des données

Une partie des entrevues face à face et le groupe de discussion avec les infirmières ont été enregistrés sur bande audio et ensuite les données ont été transcrites et résumées. Quant au reste des entrevues et des conférences téléphoniques, pendant leur déroulement, des notes ont été prises par l'interviewer principal et/ou son assistant. Par la suite, la lecture des résumés et des verbatims des entrevues et des conférences a

permis de dégager les thèmes liés aux différentes composantes de l'évaluation : le processus interne (le fonctionnement et les activités/services des équipes), le contexte et le processus externe (relations avec les partenaires), la perception des besoins et attentes des clientèles, les facteurs facilitants et les obstacles ainsi que les perspectives futures de l'équipes.

Les données provenant des sources documentaires et les thèmes émergeantes de l'analyse des entrevues ont été colligés à l'aide de la grille-bilan. On a obtenu ainsi une grille - bilan individuelle pour chaque équipe. Par la suite, chaque équipe à travers son coordonnateur (ice) a été sollicitée pour valider sa grille-bilan. Finalement après leur examen par les ÉPDITSS les grilles-bilan ont été retournées à l'équipe d'évaluation de la DSP et des ajustements en général mineurs ont été apportés.

3.4 LIMITES DE LA DÉMARCHE

Les équipes ont compilé leurs données selon des instruments différents et ont rédigé des rapports variant de « très exhaustifs » à « plutôt sommaire ». Plusieurs informations ont dû être clarifiées ou complétées au fur et à mesure par le moyen de nombreuses conversations téléphoniques avec les membres des équipes. Le temps prévu pour la collecte de données a été ainsi dépassé. Par ailleurs, compte tenu de la difficulté des équipes à compiler les données sur leurs activités/services ainsi qu'aux problèmes reliés à l'utilisation du SIC, certaines données sont manquantes et d'autres ne correspondent pas exactement à la période à l'étude (avril 2001 à mars 2002).

Dans le cadre de cette étude les intervenants interviewés ont rapporté leurs propres perceptions et représentations sur les différents aspects du programme. Il aurait été certainement utile d'avoir l'opinion des personnes directement concernées par le programme de prévention des ITSS, soit les clients vulnérables. Ceci aurait été surtout pertinent d'explorer leur point de vue par rapport aux dimensions du secteur relationnel telle que la dignité, l'empathie, le respect, car ces aspects influencent beaucoup la satisfaction des usagers.

Finalement, bien qu'on avait envisagé de réaliser des entrevues avec des représentants des organismes communautaires et des établissements de 1^{e} et 2^{e} ligne, afin d'examiner leur point de vue concernant les liens avec les équipes, seulement deux entrevues ont été effectuées auprès d'une infirmière et d'un travailleur de rue. En fait, il n'est pas apparu opportun de rencontrer plusieurs acteurs pour les raisons suivantes : premièrement il y avait relativement peu d'interventions suivies et engagées avec les organismes ; deuxièmement plusieurs projets plus pointus sont en train d'étudier la dimension de la collaboration (l'évaluation du "Café Le Ketch" ; l'évaluation de l'équipe "Jeunes de la rue" du CLSC des Faubourgs ; l'évaluation du "projet Saunas gais"). Par ailleurs, dans le cas du milieu carcéral, les interactions avec l'ÉPDITSS ainsi que la satisfaction des intervenants de ce milieu, ont pu être documentées lors des réunions de la "Table de concertation pour le milieu carcéral" auxquelles l'infirmière du "projet de vaccination contre les hépatites A et B" de la DSP participait régulièrement.

3.5 ÉCHÉANCIER

La démarche d'évaluation des équipes de prévention des ITSS des neuf CLSC désignés de Montréal a débuté en mai 2002. Les principales étapes de l'étude se sont échelonnées comme suit :

- la revue de la littérature, le développement du cadre conceptuel et d'outils ont été réalisés de mai à juillet 2002 ;
- la période de collecte de données s'est étendue de juillet 2002 à décembre 2002 ;
- l'analyse de données et la rédaction du rapport ont été effectuées de janvier à juin 2003.

Certaines informations complémentaires sur les projets et les développements des ÉPDITSS ont été captés jusqu'au début de l'été 2003.

4. RÉSULTATS

Ce chapitre présente une synthèse des informations colligées auprès de chacune des équipes de prévention et de dépistage. Les dimensions suivantes sont abordées : 1) le mandat et la structure des équipes; 2) les processus internes et externes, à savoir les "activités déployées", les modalités de dispensation des services et la collaboration intra et extra CLSC; 3) les services dispensés par les ÉPDITSS et la participation des clientèles; 4) les perspectives des équipes en termes de développement d'activités ou de projets.

4.1 MANDAT

Tel que spécifié dans le cadre de référence des ÉPDITSS, 9 CLSC ont reçu le mandat de : 1) intervenir auprès de certaines populations vulnérables à l'égard des ITSS (et, pour un CLSC, auprès de la population générale) ; 2) offrir une gamme de services préventifs incluant la référence vers des ressources du réseau et à l'occasion, quelques soins cliniques de base (et, pour certains CLSC, d'offrir des services psychosociaux aux personnes infectées par le VIH) ; 3) rejoindre les clientèles dans leurs milieux de vie, « à proximité ».

4.1.1 Populations visées

Les ÉPDITSS désignées ont perçu clairement quelles étaient les populations auprès desquelles elles étaient appelées à agir. Cependant, une ÉPDITSS à qui avait été dévolu un mandat envers les jeunes en difficultés et les UDI ne s'est pas sentie interpellée par ces populations puisque d'autres équipes du même CLSC s'en préoccupaient.

Par ailleurs, la population autochtone qui n'était pas initialement visée a reçu des services de l'ÉPDITSS du CLSC Métro au cours de la dernière année. De même, l'équipe du CLSC St-Michel a fait des contacts exploratoires avec des représentants d'organismes de la communauté africaine.

Un total de 3 ÉPDITSS ont vécu une tension entre elles dans d'application de leur mandat parce que des organismes communautaires œuvrant auprès de leur population cible étaient localisés en dehors de leur territoire.

4.1.2 Gamme de services préventifs

Encore une fois, il apparaît que toutes les ÉPDITSS ont bien perçu leur propre mandat mais que prises dans diverses contraintes et parfois dans une tradition « d'équipes spécialisées VIH», elles n'ont pas donné une grande priorité à certains volets de la gamme de services, par exemple une équipe n'a pas pris les moyens d'offrir la vaccination contre l'hépatite A et B à sa clientèle, d'autres n'ont pas investi l'offre de dépistage VIH. Et celles qui ont effectué des tests de dépistage ITSS n'ont pas considéré qu'une démarche complète de notification aux partenaires était vraiment une tâche des ÉPDITSS.

Au-delà des services prévus. Un CLSC a offert un suivi psychosocial non seulement aux personnes infectées par le VIH mais également aux porteurs d'hépatite C. Le mandat initial ouvrait la porte à la dispensation occasionnelle de services infirmiers cliniques dans les interactions « à proximité » avec les

clientèles, en cours d'implantation s'est posé le besoin de délimiter plus précisément la place de services cliniques ITSS mais également, le rôle des ÉPDITSS dans le dépistage et le suivi d'autres problématiques que les ITSS.

4.1.3 Services de proximité

Pour les équipes du CLSC des Faubourgs et du CLSC Métro, l'intervention « à proximité » est apparue plutôt secondaire. En fait, aller « à proximité » signifiait une baisse de rendement en termes de nombre de visites et de tests faits. Ces équipes ressentaient bien que la Direction de santé publique souhaitait la mise en œuvre d'interventions « à proximité », mais que les attentes de la Direction des services de première ligne à leur endroit étaient mitigées sur ce point. De leur côté, les nouvelles ÉPDITSS (désignées pour les clientèles UDI et jeunes de la rue) sentaient bien que l'intervention « à proximité » était incontournable mais se demandaient, devant les difficultés qu'elles éprouvaient à agir « à proximité », pourquoi les anciennes ÉPDITSS avaient le droit de financer des activités de dépistage « intra-muros » et pas elles.

Par ailleurs, à la lecture des objectifs mentionnés dans les plans d'actions et les rapports des ÉPDITSS, on constate la coloration et l'enrichissement que les ÉPDITSS ont donné à leurs mandats :

Objectifs concernant la connaissance de la clientèle et l'identification des besoins :

1. Identifier et localiser les clientèles ciblées ;
2. Offrir à la clientèle la possibilité d'échanger au sujet de ses besoins de services de santé ;
3. Identifier les besoins de la clientèle à l'égard de la prévention des ITSS ;

Objectifs concernant la promotion de la santé et les habitudes de vie saines :

4. Augmenter les connaissances des clients en lien avec la santé, les ITS, le VIH ;
5. Favoriser les habitudes de vie saines et promouvoir et soutenir des changements de comportement ;
6. Favoriser chez les clients la prise en charge de leur santé.

Objectifs concernant la collaboration avec les organismes du milieu afin de développer des services et activités à proximité :

7. Planifier des activités de liaison, de contact avec les clientèles dans leur milieu, faire connaître les services de prévention de l'ÉPDITSS.
8. Établir, des partenariats avec les travailleurs de rue et les intervenants des organismes communautaires mais aussi avec les leaders de la communauté ;
9. Offrir du support aux intervenants des organismes communautaires dans leurs interventions auprès des clientèles.

Objectif concernant l'offre de services :

10. Offrir des services de consultation, d'information, de dépistage pour tous les problèmes de santé connexes et reliés aux comportements sexuels et de consommation de drogues ;
11. Faciliter l'accès au matériel stérile d'injection et la récupération de seringues souillées.

Objectifs concernant la continuité et la coordination des services :

12. Assurer des références et, le cas échéant, un accompagnement des clients vers des ressources appropriées : services du CLSC, institutionnels ou communautaires ;
13. Développer des liens avec les intervenants du réseau de la santé, intra et extra CLSC ;
14. Garder alerte la notion de "réduction des méfaits" auprès des intervenants de tous les services du CLSC qu'ils soient cliniques ou administratifs.

Toujours en termes de mandat, il faut aussi rappeler que l'action de l'ÉPDITSS de St-Michel s'inscrit dans le cadre d'un projet avec les organismes haïtiens ayant notamment pour objectif le dépistage universel de l'infection au VIH chez les femmes haïtiennes enceintes et que l'action de l'ÉPDITSS du Plateau s'inscrit dans un projet particulier pour les jeunes de la rue, celui du « Café Ketch ».

Le projet du « Café Le Ketch » est né en janvier 2000 de l'association du CLSC Plateau avec l'organisme « Diners-Rencontres St-Louis-de-Gonzague » visant la mise en place d'un centre « drop-in » pour les jeunes de la rue. Un drop in où serait offert des services de prévention et des services cliniques: le dépistage confidentiel des MTS, du VIH et des hépatites ; la contraception et des services reliés à une grossesse ; la prise en charge des problèmes de santé divers ; la vaccination contre les hépatites A et B, la grippe et le tétanos ; et l'information et la référence des clients. L'ouverture officielle du Café Le Ketch a eu lieu en avril 2001. Pour l'année 2001-2002 le budget de ce projet a été d'environ 175 000 $, dont 90 865 $ provenaient de la DSP et le reste de la régie régionale de Montréal Centre. Ces sommes permettent d'assurer les salaires de 3 intervenants communautaires ETP, les frais de fonctionnement ainsi que le loyer du café Le Ketch. De plus, le CLSC du Plateau fournit les ressources humaines suivantes : 1 infirmière (provenant de l'ÉPDITSS), 1 médecin, 1 agent de relations humaines et 1 psychologue (l'infirmière est présente trois soirées par semaines, le médecin une soirée par semaine, l'agent de relations humaines 0,5 ETP, et le psychologue une soirée par deux semaines.

4.2 STRUCTURE

4.2.1 Ressources financières

Le tableau 5 résume la situation des budgets des ÉPDITSS des CLSC désignés pour l'année 2001-2002. On constate qu'une somme totale de 1 244 098 $ a été consacrée aux équipes, dont 1 122 521 $ proviennent de la RRSSS et 121 577 $ de la DSP de Montréal Centre.

Grâce à une subvention de la compagnie Glaxo-Smith Kline, la DSP a pu verser des sommes complémentaires au CLSC des Faubourgs (20 163 $) pour le « Projet saunas » (initiative conjointe de l'organisme Action Séro-Zéro, l'ÉPDITSS du CLSC des Faubourgs et la DSP de Montréal-Centre) ainsi qu'au CLSC Ahuntsic (17 360 $) pour la tenue de sessions intensives de vaccination contre les hépatites A et B en milieu carcéral. Avec ces ajouts le montant total alloué par la DSP s'élève à 121 577 $ et donc le budget total de fonctionnement des équipes pour l'année 2002 à 1 244 098 $.

- **Évolution au cours de la période à l'étude**

Il y a eu un ajout de 25 000 $ par an (à partir de l'exercice 2001-2002) pour un poste de nutritionniste (0,4 ETC) à l'ÉPDITSS des Faubourgs. De plus, les équipes ont bénéficié d'une indexation annuelle des salaires.

- **Répartition du budget selon les clientèles visées / et les CLSC**

Les cinq « nouvelles » équipes ayant le mandat de rejoindre les jeunes de la rue et les UDI ont reçu un total annuel de 154 834 $ (12,2 % de l'ensemble du budget des ÉPDITSS). Les montants alloués aux anciennes équipes se repartissent comme suit : 518 066 $ (41,0 %) pour l'équipe ayant un mandat envers les HARSAH (mais aussi envers les jeunes de la rue et les UDI) ; 241 671 $ (20,8 %) pour les personnes en milieu carcéral ; 223 753 $ (17,7 %) pour la population générale (incluant les femmes à haut risque) ; 106 316 $ (8,5 %) pour la population haïtienne.

- **Répartition du budget selon le titre d'emploi et la nature des services offerts**

Selon les données disponibles on estime qu'un total de 641 359 $ (50,8 %) a été alloué au personnel infirmier, 537 742 $ (42,6 %) au personnel psychosocial, et 82 899 $ (6,5 %) aux nutritionnistes.

- **Dépenses non récurrentes**

Indépendamment du renouvellement ou non des sommes affectées dans le cadre de la Stratégie québécoise de lutte contre le sida - Phase 5, les budgets pour le deuxième poste de nutritionniste au CLSC des Faubourgs, le poste d'infirmière de l'ÉPDITSS St-Michel, le bilan/monitorage/évaluation des équipes (une somme de 20 000 $ a été consacrée à la réalisation du présent bilan 1999-2002) et la tenue de sessions de formation continue des équipes (une somme de 15 000 $ a été consacrée au plan de formation 2001-2002 des équipes) ne sont pas récurrents, ce qui représente une somme totale d'environ 97 500 $.

Il faut noter également que la subvention de Glaxo Smith Kline permettra le financement de ressources complémentaires jusqu'au mois de mars 2005, au-delà de cette date, le projet Sauna et le soutien particulier au projet de vaccination en milieu carcéral et auprès des UDI/jeunes devront être arrêtés ou financés autrement.

TABLEAU 5 : BUDGET 2001-2002
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

CLSC	Service	Financement		
		RRSSS	DSP[3]	Total[3]
Villeray	Services préventifs infirmiers	16 422 $		16 422 $
La Petite Patrie	Services préventifs infirmiers	17 069 $		17 069 $
De Rosemont	Services préventifs infirmiers	25 207 $		25 207 $
Hochelaga Maisonneuve	Services préventifs infirmiers	32 200 $		32 200 $
Plateau Mont-Royal	Services préventifs infirmiers	32 422 $[1]	31 514 $	63 936 $
St-Michel	Services préventifs infirmiers	37 500 $[1]		
	Services psychosociaux	68 816 $		106 316 $
Métro	Services préventifs infirmiers	74 771 $		
	Services psychosociaux	148 982 $		223 753 $
Ahuntsic[2]	Services préventifs infirmiers	129 690 $[1]		
	Services psychosociaux	59 441 $	52 540 $	241 671 $
Des Faubourgs[2]	Services préventifs infirmiers	136 599 $		
	Services de nutrition	82 899 $		480 001 $
	Services psychosociaux	260 503 $		
	TOTAL	**1 122 521 $**	**84 054 $**	**1 206 575 $**
	TOTAL[3]		**121 577 $**	**1 244 098 $**

[1] Montants en provenance du MAD (fond de maintien à domicile pour des PVVIH), dont il faut assurer la récurrence. Pour le CLSC Ahuntsic sur les 129 690 $ il s'agit d'une somme correspondant à 0,8 ETC pour une infirmière.
[2] À compter de 2002 s'est ajoutée une subvention de la DSP en collaboration avec l'entreprise pharmaceutique Glaxo-Smith Kline : une somme de 17 360 $ pour une infirmière sur le projet de soutien à la vaccination contre les hépatites A et B (Ahuntsic) et une somme de 20 163 $ pour un infirmier sur le projet d'interventions en saunas (Faubourgs).
[3] Compte tenu de l'ajout de la subvention de la DSP en collaboration avec Glaxo-Smith Kline, le budget total accordé par la DSP pour l'année 2002 s'élève à la somme de 121 577 $ et le budget total des équipes passe à 1 244 098 $.

4.2.2 Ressources matérielles

Toutes les dépenses des EPDITSS autres que les salaires ont été assurées par les CLSC à même leur budget habituel de fonctionnement : disponibilité des intervenants lors de sessions de formation, téléphones cellulaires, frais de transport vers les organismes partenaires, affichage de poste dans les médias etc.

Dans le cadre du projet de vaccination contre les hépatites A et B auprès de populations vulnérables, la DSP de Montréal a assuré à l'occasion certaines dépenses telles que l'achat d'un réfrigérateur pour le milieu carcéral.

4.2.3 Ressources humaines

Le nombre total de ressources humaines pour l'ensemble des neuf équipes est de 18,7 ETC (23 intervenants), dont 8,7 ETC infirmières (12 infirmières), 8,8 ETC intervenants psychosociaux (9 intervenants dont la formation de base est : travailleur social, psychologue ou sexologue), et 1,2 ETC nutritionnistes (2 nutritionnistes). Le tableau 6 fait état des ressources humaines mises à contribution par les ÉPDITSS.

- **Répartition des ressources humaines selon les clientèles visées et les CLSC**

En fonction des clientèles visées, les 18,7 ETC des ÉPDITSS se repartissent comme suit : 41 % (7,6 ETC) pour l'équipe ayant un mandat auprès des HARSAH (mais aussi jeunes de la rue et UDI) ; 21,4 % (4 ETC) pour la population carcérale ; 15 % (2,8 ETC) pour la population générale ; 13,4 % (2,5 ETC) aux jeunes de la rue et aux UDI ; et 9,1 % (1,7 ETC) pour la population haïtienne.

La composition des équipes varie beaucoup d'un CLSC à un autre, tant du point de vue nombre que titres d'emploi :

- Le nombre maximal de ressources par équipe est de neuf (9) intervenants, le nombre minimal est de (1) intervenant, le mode est de un (1) intervenant et la moyenne de 2,6 intervenants. Quant au temps complet équivalent, le total varie de 7,6 ETC à 0,4 ETC pour une moyenne de 2,1 ETC, et un mode de 0,4 ETC.
- Le CLSC ayant le mandat de s'impliquer auprès des HARSAH dispose de l'équipe la plus importante : 3 infirmières, 3 travailleurs sociaux, un psychologue et deux nutritionnistes.
- Trois autres équipes sont composées d'une ou deux infirmières auxquelles s'ajoutent un ou deux intervenants psychosociaux (agent de relations humaines, travailleur social ou psychologue). Ces trois équipes ont le mandat de s'impliquer auprès de la population carcérale, des membres de la communauté haïtienne, des femmes en situation à haut risque et de la population générale.
- Parmi les CLSC devant s'impliquer auprès des UDI et des jeunes de la rue, quatre disposent uniquement d'une infirmière à deux jours semaines (Villeray, Petite Patrie, Rosemont et Hochelaga Maisonneuve), alors que la cinquième peut compter sur une infirmière à temps plein (Plateau Mont Royal).

- **Temps planifié et temps effectué**

Les équipes n'ont pas toujours pu allouer le temps qui était prévu pour l'actualisation de leur mandat. Quatre raisons ont été particulièrement avancées pour expliquer les différences entre le nombre planifié et réel d'ETC consacré aux activités de l'ÉPDITSS : affectation de l'infirmière à d'autres tâches dans le CLSC ; congés maladies sans possibilité de remplacements ; départs avec délais de recrutement et aussi absence d'opportunités d'intervention.

Autres tâches. Compte tenu de la pénurie de ressources, les infirmières de l'ÉPDITSS ont souvent été appelées à combler des services jugés primordiaux (campagne de vaccination contre la méningite, remplacements aux services courants, à la clinique planning- jeunesse ou encore au programme scolaire). Ce problème est survenu surtout au sein des « nouvelles » équipes, celles qui étaient désignées pour intervenir auprès des jeunes en difficultés et des UDI.

Congés maladies sans remplacement

Plusieurs équipes ont été confrontées à des absences du personnel en raison de congé de maladie : au niveau de l'ÉPDITSS d'Ahuntsic une infirmière a été absente pendant 5 mois (non remplacée), et au niveau de l'ÉPDITSS Métro un infirmier a été absent pendant 2 mois (non remplacé) et au niveau de l'ÉPDITSS des Faubourgs une infirmière a été absente durant plusieurs mois.

Départs avec délais de recrutement

Dans un CLSC, un total de 5 infirmières différentes ont occupé le poste de l'ÉPDITSS au cours des 3 dernières années, souvent pour de courtes périodes. Dans un autre, trois infirmières se sont succédées entre janvier 2000 et juillet 2002. Un des CLSC engagés auprès des UDI a été confronté au départ de son infirmière depuis juillet 2002 ; en janvier 2003 celle-ci n'avait pas encore été remplacée. Le projet sauna a également été affecté par le départ de l'infirmier en novembre 2002, cependant, un nouvel infirmier est en poste depuis février 2003. Au CLSC St-Michel la ressource psychosociale de l'ÉPDITSS n'a été présente qu'environ 5 mois durant la période d'étude à cause d'un congé maladie suivi du départ à la retraite en fin septembre 2001. Elle a été remplacée en janvier 2002.

Si l'on considère les départs, les maladies, les remplacements et l'ajout aux ÉPDITSS de nouveaux postes (une nutritionniste, une infirmière en milieu carcéral, un infirmier pour le projet sauna), on note que les équipes ont dû durant la période à l'étude faire beaucoup d'efforts de recrutement, d'orientation, et de formation du personnel, et de liaison avec les partenaires.

Absence d'opportunités d'intervention

Le processus de collaboration des « nouvelles » équipes avec les organismes communautaires de leur territoire s'est révélé parfois lent et laborieux (longs délais à chaque étape du cheminement). À l'occasion on a ressenti un manque de motivation à collaborer de la part de certains organismes. Par conséquent, les infirmières des équipes qui ont vécu ces difficultés ont eu tendance à employer leur énergie à d'autres tâches que celles prévues dans leur mandat.

- **Rattachement administratif des équipes**

Les équipes de prévention ITSS sont rattachées administrativement à une variété de programmes du CLSC : deux le sont au « Programme Enfance - Jeunesse – Famille », deux au « Programme des Services aux Adultes », deux au « Programme des Services Courants », deux au « Programmes spécifiques ». Au CLSC Ahuntsic, la situation est un peu différente car l'équipe est rattachée au « Programme santé mentale- volet carcéral », mais l'encadrement des infirmières est assuré par le chef du « Programme des services courants ». Les équipes rattachées au « Programme des Services courants » ont souligné la grande pertinence de ce rattachement eu regard à la prise en charge clinique de la clientèle (références, évaluation médicale, continuité de l'intervention) et de la possibilité de mobiliser au besoin des ressources habilitées à rendre des services « à proximité ».

TABLEAU 6 : RÉPARTITION DES RESSOURCES HUMAINES, 2001 – 2002
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

Titre d'emploi	Des Faubourgs		Plateau Mont-Royal		Hochelaga Maisonneuve		Petite Patrie		Villeray		Rosemont		Métro		Ahuntsic		St-Michel		Total
	Nb	ETC	Nb	ETC	Nb	ETC	Nb	ETC	Nb	ETC	Nb	ETC	Nb	ETC	Nb	ETC	Nb	ETC	ETC
Infirmière	3 [1]	2,4	1	1	1	0,4	1	0,4	1	0,4	1	0,4	1	1	3 [2]	2	1	0,7	8,7
Travailleur social	3	3	-		-		-		-		-		-		-		1	1	4
Psychologue	1	1	-		-		-		-		-		1	1	-		-	-	2
ARH	-		-		-		-		-		-		1	0,8	2	2	-	-	2,8
Nutritionniste	2	1,2	-		-		-		-		-		-		-		-	-	1,2
TOTAL	**9**	**7,6**	**1**	**1**	**1**	**0,4**	**1**	**0,4**	**1**	**0,4**	**1**	**0,4**	**3**	**2,8**	**4**	**4**	**2**	**1,7**	**18,7**

Légende : ETC – Équivalent temps complet ; 1,0 = 5 jours semaine ; 0,2 = 1 jour semaine
ARH – Agent de relations humaines

[1] Incluant le poste pour le projet Saunas ;
[2] Incluant le poste pour le soutien aux sessions intensives de vaccination contre les hépatites A et B.

4.3 PROCESSUS INTERNE

4.3.1 Activités déployées

Afin d'actualiser leur mandat les équipes ont du consacrer du temps à des activités autres que la stricte dispensation de services; des activités telles que : la gestion du projet, la formation du personnel, le développement d'outils, la liaison avec les partenaires. Ces activités sont désignées ici par le terme "activités déployées". En 2001-2002, après avoir soustrait les heures non travaillées (vacances, maladies, absences), ce qui correspondait à environ 16,3 % du total des heures, on estime que les ÉPDITSS ont consacré environ 9 % de leurs heures de travail aux « activités déployées » et 91 % aux « services dispensés ». Cependant, le temps consacré aux « activités déployées » et aux absences est possiblement sous évalué.

Le tableau 7 résume les activités déployées par les neuf équipes, il contient une brève description des activités, le nombre de CLSC les ayant réalisées, le nombre de composantes ou de sessions de l'activité qui ont été effectuées le cas échéant et le nombre d'heures que les ÉPDITSS y ont consacrées. Le nombre de sessions effectuées ainsi que le nombre d'heures consacrées sont estimés au meilleur de la connaissance des répondants.

4.3.1.1 Activités de gestion/ planification/ encadrement clinique des équipes et recrutement

En 2001-2002, le nombre total d'heures consacrées aux activités de gestion / planification/ encadrement clinique a été de 741 heures (29 % du temps total consacré aux "activités déployées") pour l'ensemble des neuf équipes, soit un minimum de 24 heures et un maximum de 160 heures par CLSC.

Au niveau de l'équipe L'encadrement professionnel et clinique des infirmiers et infirmières et des autres professionnels de la santé se fait de façon formelle par le biais de réunions d'équipe régulières (aux 4 à 6 semaines en général). De façon moins formelle, les réunions ad-hoc entre les professionnels et les coordonnateurs pour la résolution de cas particuliers représentent un mode d'interaction privilégié. Des efforts sont également investis dans la planification, l'organisation et l'implantation des services à proximité (ex : projet saunas, sessions de vaccination etc.), la rédaction de rapports/bilan et la compilation de statistiques. Par ailleurs, au cours des deux dernières années, cinq équipes sur neuf ont dû mener des activités de recrutement de personnel : Faubourgs, Plateau Mont-Royal, Hochelaga Maisonneuve, Villeray, et Métro.

Au niveau du CLSC La collaboration intra-disciplinaire et interdisciplinaire se réalise à travers l'implication de l'ÉPDITSS aux divers comités du CLSC dont la mission est reliée de près ou de loin à la prévention des ITSS. Un total de 6 ÉPDITSS sur neuf ont ainsi participé à divers comités de leur CLSC : comité UDI, comité de travail sur la réduction des méfaits, sous-comité pour la mise sur pied du site d'échange de seringues, comité santé sexualité, comité multidisciplinaire, comité clinique psychosocial. Les « nouvelles » équipes ont développé des liens très étroits avec le Programme d'adaptation des services, contrairement aux quatre équipes plus anciennes. Enfin, la coordonnatrice d'un CLSC a

contribué à l'élaboration du cadre de référence des plans l'intervention des professionnels de son CLSC, ce qui est de nature à favoriser l'articulation de l'équipe avec le reste des services du CLSC.

Au niveau régional Plusieurs coordonnateurs (ices) des ÉPDITSS ont travaillé à l'élaboration du document régional «Guide de soutien à l'intention des établissements pour la pratique des infirmières des équipes spécialisées VIH-Sida/ITS» ainsi qu'à la présentation de ce document auprès des CMDP respectifs, avec la Directrice des soins infirmiers (DSI). De plus, l'ensemble des coordonnateurs (ices) des équipes de prévention se rencontrent aux deux mois avec la Direction des services de première ligne de la régie et la DSP pour échanger sur la démarche de leurs équipes. Enfin, l'équipe du CLSC Ahuntsic participe à la table de concertation régionale du milieu carcéral et la coordonnatrice du CLSC des Faubourgs siège sur le « Comité d'aide aux intervenants pour les personnes séropositives qui ne prennent pas de précautions nécessaires afin d'éviter la transmission du VIH" .

Au niveau provincial On retient la contribution de la coordonnatrice du CLSC des Faubourgs à un groupe de travail provincial, relevant du CQSS, pour l'implantation des services intégrés de dépistage du VIH et des ITSS (SID).

4.3.1.2 Activités de formation pour le personnel des équipes

En 2001-2002, on a répertorié une cinquantaine de sessions différentes de formation, d'une durée variant de 3 à 7 heures chacune, à l'une ou l'autre desquelles au moins un membre d'une des ÉPDITSS a participé. On estime qu'environ 16 de ces sessions s'adressaient spécifiquement au personnel psychosocial, alors que les autres visaient tout le personnel ou davantage les infirmiers et infirmières. L'ensemble du personnel des équipes a consacré un total d'environ 663 heures à la formation (26 % du temps total consacré aux "activités déployées"). Le nombre de personnes participantes par session de formation et par ÉPDITSS a varié de 1 à 7..

La majorité des infirmières ont assisté au programme de formation offert aux ÉPDITSS par la DSP de Montréal Centre (Annexe 2). Ce programme a eu lieu entre juin 2000 et octobre 2001 et comprenait un total de 35 heures de formations, soit 6 sessions de 3 à 7 heures. À l'occasion les intervenants psychosociaux ont assisté à ces formations. Plusieurs infirmières ont participé au programme de formation « Aiguillons nos interventions », comprenant 4 modules échelonnés sur deux jours, et à la formation « L'approche de réduction des méfaits liés à l'usage de drogues » d'une journée, organisés également par la DSP de Montréal Centre.

Certains membres du personnel d'au moins deux ÉPDITSS ont participé aux activités de formation suivantes : « La conférence sur la co-infection hépatite C et VIH » organisée par la Fondation canadienne du foie - section Montréal ; une conférence interactive sur "l'approche ethnographique" dispensée par le Dr Frantz Raphaël et organisée par le Comité des infirmières de proximité ; la conférence "Toxicomanie et urgence" organisée par l'organisme Médecins du Monde ; le colloque provincial "Vulnérabilité et VIH/MTS : les enjeux et les défis de la prévention" organisé par "Le fond québécois de la recherche sur la société et la culture".

Par ailleurs, les professionnels des ÉPDITSS ont participé, de façon individuelle, à des sessions de formations offertes par leur CLSC ou d'autres institutions : Université Concordia ; Gap-Vie ; la clinique "l'Alternative" ; l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal etc. Les thèmes abordés lors de ces formations ont été : la prévention en milieu carcéral, l'homosexualité, une mise à jours des aspects cliniques de l'infection à VIH ; le VIH et la grossesse ; le VIH en Afrique, le traitement de l'infection par le VIH ; le dépistage anonyme, les clientèles à multiples problématiques, l'approche systémique, l'examen physique, la réanimation cardiorespiratoire etc.

4.3.1.3 Activités de développement d'outils d'intervention

Cinq CLSC sur neuf ont mené des activités de développement d'outils d'intervention à l'intention de la clientèle, des intervenants des organismes communautaires et des professionnels des équipes (Annexe 3). Les cinq équipes ont investi un total de 196 heures (7,7 % du temps total consacré aux "activités déployées") pour le développement des outils, d'un minimum de 3 heures jusqu'à un maximum de 120 heures par équipe. Il s'agit de : feuillets d'information sur les services ; calendriers des activités et services offerts par les équipes ; fiches de monitorage ; mallettes d'intervention « à proximité » (dont l'équipement varie selon les CLSC : matériel de vaccination incluant glacière, trousse d'urgence, feuillets d'information, tests de grossesse, condoms etc.). Deux ÉPDITSS se démarquent, Plateau et St- Michel.

L'ÉPDITSS du Plateau :

- a établi un protocole d'entente avec une pharmacie de son territoire « Pour favoriser l'accès à la médication et aux ressources pharmaceutiques, aux jeunes marginaux, aux UDI ainsi qu'aux jeunes à faibles revenus, âgés de 16 à 35 ans ». En ce qui concerne les modalités d'application de l'entente, la pharmacie remet les médicaments prescrits à l'usager, après avoir reçu la prescription par télécopie accompagnée d'une note de l'infirmière ou du médecin. Par la suite le CLSC du Plateau Mont Royal rembourse la pharmacie pour les réclamations présentées. Chaque mois, on enregistre environ 3 à 4 demandes. Les médicaments en vente libre sont exclus de cette entente. La durée de l'entente est d'une année à compter du 4 juillet 2002.

- a développé le plan d'un projet visant à faciliter l'obtention de la carte RAMQ aux jeunes de la rue ou marginaux, ce projet n'a pas été concrétisé.

L'ÉPDITSS St-Michel :

- a conçu toute une campagne de sensibilisation dont le thème était « Tout Moun Ka Pran » (Partage ta santé pas ta maladie) et ayant donné lieu à la création d'une affiche, d'un feuillet et d'un signet.
- a élaboré une pièce de théâtre (en collaboration avec le docteur Frantz Raphaël du CLSC St-Michel et de monsieur Éternel Victor de l'Alliance théâtrale haïtienne) qui aborde la lutte au VIH/Sida au sein de la communauté haïtienne.

4.3.1.4 Activités de promotion des services auprès des clientèles

Un total de 231 heures (9,1 % du temps total consacré aux "activités déployées") ont été vouées à la promotion des services. Le nombre d'activités par équipe varie de une à dix. Les équipes plus « anciennes » comme des Faubourgs, Métro et Ahuntsic ont moins investi dans la promotion de leurs

services. Ainsi, relativement peu d'activités ont été réalisées pour faire connaître et encourager les HARSAH à utiliser les services de dépistage du VIH et des autres ITS. En revanche, les « nouvelles » équipes ont dû fournir plus d'effort pour se faire connaître et pour sensibiliser les clients. L'équipe de St-Michel a fait un effort majeur de sensibilisation auprès de la communauté haïtienne.

Les principales stratégies de promotion utilisées ont été : les présentations aux intervenants d'organismes communautaires, la participation à des groupes de travail du milieu, la participation à des journées de récupération des seringues sur les lieux publiques (parcs, rues), la participation à des manifestations populaires (Fierté gaie, semaine mondiale contre le SIDA, dîners communautaires), la promotion dans les médias (journaux, radio et télévision).

Quatre infirmières et une intervenante sociale, impliquées auprès des jeunes de la rue et des UDI, ont publié trois articles expliquant le travail « à proximité » (voir Annexe 3). Ces articles ont paru dans les journaux « L'itinérant » et « Pusher-Info », des publications accessibles aux clientèles vulnérables et aux intervenants. Les titres sont suggestifs : « Quand le CLSC se permet du *reaching out* », « La réduction des méfaits en soins infirmières ». En décembre 2002, une des infirmières œuvrant auprès des jeunes de la rue et l'infirmière de la Direction de Santé publique attitrée au projet régional de vaccination contre les hépatites A et B, ont accordé ensemble une entrevue sur le travail « à proximité » au journal « Mirror ». Le journaliste a intitulé son article « Street angels ».

Deux équipes ont été présentes dans les médias audio-visuels. Des intervenantes psychosociales du CLSC Métro ont accordé une entrevue sur « la prévention du VIH chez les jeunes gais » pour l'émission « Queercorps », Radio McGill, CKUT ainsi qu'une entrevue sur « la transmission, le dépistage et la prévention du VIH, pour l'émission « This Morning Live » à « Global Television Montréal » (à l'occasion de la Journée mondiale du sida). L'infirmière impliquée auprès de la population haïtienne participe régulièrement à des émissions diffusées par les radios communautaires du territoire et sensibilise le public envers les modes de transmission et la prévention des ITSS. Souvent ces émissions sont interactives, ce qui non seulement permet au public de trouver des réponses rapides à des divers questionnements sur les ITSS, mais aussi donne l'opportunité à l'infirmière d'identifier les principales préoccupations et besoins d'éducation et d'information des clients.

4.3.1.5 Activités de liaison avec les partenaires

Les équipes ont octroyé environ 302 heures (12 % du temps total consacré aux "activités déployées") à des activités de liaison auprès d'organismes et de leaders communautaires, avec les ressources de 1ère et 2e ligne et aussi avec les autres ÉPDITSS de la région.

Liaison avec les organismes et leaders communautaires

Les objectifs visés à travers ces activités sont principalement : la connaissance des organismes, l'exploration de la pertinence d'agir auprès de leurs clientèles et d'établir des ententes de partenariat pour la mise en place des services de prévention des ITSS à proximité, ou plutôt dans les locaux des organismes. Les partenariats qui se sont concrétisés avec les organismes communautaires suite aux activités de liaison sont présentés plus loin (tableau 8).

Personnel infirmier - Liaison avec les établissements de 1ère et 2e ligne

Les « anciennes » équipes, n'ont pas développé de liens avec de nouveaux établissements de 1e et de 2e ligne, mis à part les partenariats déjà existants (ex. la Clinique « L'Actuel », la clinique « Quartier Latin », etc.). Les aspects relatifs aux liens et à la collaboration avec les établissements de 1e et 2e ligne seront développés plus loin dans la section " processus externe - liens de collaboration et partenariat".

Personnel infirmier - Liaison avec le personnel des ÉPDITSS : le Comité des infirmières de proximité

« Le comité des infirmières et infirmiers de proximité » (ou «de rue ») a été formé en 2001 suite à l'initiative de l'infirmier de l'ÉPDITSS du CLSC du Plateau Mont-Royal et d'une infirmière de Médecins du Monde. Voici la composition de ce comité pour la période mars 2001 avril 2002 : 1 inf. des ÉPDITSS Plateau Mont-Royal, Hochelaga Maisonneuve, Rosemont, Petite Patrie, Villeray, et St-Michel ; 2 inf. de L'équipe jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs ; 2 inf. de Médecin du Monde ; 1 inf. DSP-MI (projet de soutien à la vaccination contre les hépatites A et B) ; 1 inf. de l'équipe Itinérance du CLSC des Faubourgs. Récemment, au cours de l'été 2002, les infirmières des ÉPDITSS des CLSC Métro et Ahuntsic ont aussi intégré le comité.

Le comité se réunit aux six semaines. À tour de rôle, chaque équipe membre doit organiser la rencontre sur son lieu de travail. Afin de créer des liens et de partager les expériences, le comité reçoit régulièrement la visite de professionnels de la santé ou de partenaires de différentes organisations telles que la DSP de Montréal Centre, l'organisme «Le Bon Dieu est dans la rue », le CLSC Parc Extension, Relais Méthadone.

Au-delà des échanges et des communications, les rencontres permettent les discussions de cas et visent la mise à jour des connaissances sur la transmission et la prévention des ITSS, sur la vaccination contre les hépatites A et B, la réduction des méfaits, la contraception et la santé sexuelle. Le comité reçoit à l'occasion des invités spéciaux qui font des présentations portant sur des sujets plus spécifiques. Les infirmières ont ainsi pu bénéficier d'une conférence - formation sur l'approche ethnographique de la santé, très pertinente étant donnée le contexte multiculturel montréalais.

De plus, le comité planifie des activités communes telles que : des sessions de vaccination (blitz), des journées de ramassage de seringues, des journées de sensibilisation/information des partenaires ou du large public. Ces rencontres donnent donc aux infirmières l'opportunité de valider leur pratique et surtout de briser un certain isolement professionnel.

Personnel psychosocial - Liaison avec les établissements de 1ère et 2ième ligne et les organismes communautaires

Depuis plusieurs années, le « Regroupement des intervenants sociaux VIH-Sida » réunit à toutes les 6 semaines environ des représentants d'une grande variété d'établissements et d'organismes : CHUM (St-Luc, Hôtel-Dieu et Notre-Dame), Équipe mobile UHRESS-CHUM toxicomanie, L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, L'Hôpital Ste-Justine, L'Hôpital Général de Montréal et L'Hôpital Général juif, le CLSC des Faubourgs (personnel de l'ÉPDITSS), le CLSC Plateau Mont-Royal, le CLSC Marigot (à Laval) et les organismes Maison Plein Cœur, GEIPSI, ACCM (Aids community care Montreal), GAP VIES, Sida-VIE

Laval et MTS Sida Montérégie. L'ÉPDITSS du CLSC Ahuntsic a participé à ces rencontres dans le passé. Les rencontres ont pour objectifs de permettre des échanges sur les activités des organismes, et l'approfondissement de certains thèmes. Par exemple, les thèmes suivants ont été retenus pour les premières rencontres de 2003 : la nouvelle loi de l'immigration concernant le VIH ; les mesures de sécurité du revenu et du travail, et la défense des droits des personnes infectées par le VIH; la transmission du VIH et les questions éthiques afférentes, le rôle d'un intervenant; la sexualité quand on est atteint par le VIH.

4.3.1.6 Activités de formation /information offertes aux partenaires des ÉPDITSS

Les équipes ont dispensé un total approximatif de 33 sessions de formation, d'une durée totale de 145 heures (5,7 % du temps total consacré aux "activités déployées"). Environ treize professionnels de six équipes ont été impliqués dans des formations, pour un minimum d'un et un maximum de quatre professionnels par équipe concernée. On estime qu'environ 250 personnes ont bénéficié des formations offertes par les six équipes de prévention des ITSS. En général, le nombre de participants a varié de 1 à 20 par session de formation. Le nombre de personnes ayant assisté aux présentations faites par les membres des équipes lors des conférences ou de colloques n'a pas été comptabilisé.

Les sessions de formation portaient sur des thèmes reliés aux ITSS (le dépistage anonyme, la transmission et la prévention des ITSS, le VIH/sida et les femmes…). Les sessions de formation ont été organisées sous diverses formes : de brefs ateliers à l'intention des intervenants des organismes communautaires (UDI, JM, haïtiens, autochtones), des présentations dans des colloques régionaux ou provinciaux, et finalement des stages pratiques organisés pour des étudiants en médecine ou autres sciences de la santé.

Les équipes des CLSC Métro, des Faubourgs et Ahuntsic, ayant une plus longue expérience dans la prévention des ITSS et l'accompagnement aux personnes infectées par le VIH se sont montrées particulièrement actives en termes de formation dispensée à des professionnels de la santé. En ce qui a trait à la contribution à l'enseignement universitaire de 1^{e} premier cycle, durant la période 2001-2002 les CLSC Ahuntsic et des Faubourgs ont encadré une stagiaire dans le domaine psychosocial et une autre dans le domaine de la nutrition, respectivement. Des étudiants en médecine font également un stage de quelques heures au sein de la clinique de dépistage ITSS de l'EPDITSS des Faubourgs.

Au CLSC Ahuntsic, une intervenante psychosociale du milieu carcéral a contribué avec un groupe de travail provincial au développement d'un programme de formation sur la réduction des méfaits à l'intention des gestionnaires et du personnel des milieux carcéraux. Cette implication se poursuivra par l'animation des sessions de formation qui seront offertes aux milieux.

4.3.1.7 Activités de connaissance des populations vulnérables et d'évaluation des services

En lien avec le projet régional d' « Adaptation des services » et le plus souvent par l'intermédiaire d'un travailleur de rue ou d'un organisateur communautaire, la plupart des « nouvelles » équipes ont dressé un certain « inventaire » des opportunités d'intervention auprès d'UDI sur leur territoire.

Par ailleurs, trois équipes ont effectué des activités d'évaluation de besoins ou encore de services pour un total de 250 heures (9,8 % du temps total consacré aux "activités déployées") :

- Un sondage sur les connaissances, attitudes et besoins d'information et de services concernant les ITSSS, auprès des élèves « raccrocheurs » (Villeray, automne 2001). À date, seulement un pré-test du questionnaire a été effectué auprès de 25 élèves. L'équipe a l'intention d'améliorer le questionnaire et de faire le sondage dans un futur proche.
- Une enquête sur le niveau de satisfaction des usagers par rapport aux services de l'ÉPDITSS (Métro, juin 2002). Un questionnaire concernant le service de dépistage anonyme du VIH a été administré à trois reprises auprès d'un total de 50 usagers (14 la première semaine, 26 la deuxième semaine et 11 la troisième semaine, juin 2002). Les aspects explorés étaient entre autres l'évaluation de la qualité du service en termes de : réponse aux attentes, confiance, clarté/utilité de l'information, respect, accueil, délais d'attente. Pour chacune de ces dimensions, plus de 80 % des répondants ont mentionné qu'ils étaient satisfaits. À la question "Recommanderiez-vous notre service à d'autres ? " 96 % des clients interrogés ont répondu "OUI". Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer leur satisfaction du service sur une échelle de 1 à 7, plus de 90 % des clients ont attribué la note 6 ou 7.
- Un sondage visant à recueillir des suggestions de la clientèle sur des sujets pour les ateliers sur la santé et la sexualité (St-Michel), a été effectué au centre Gabriel Roy (novembre 2001), à la Maison des jeunes (août, 2001), au centre Yves Thériault (avril 2002) et à Mon Resto (avril 2002). Au total 297 formulaires ont été distribués et 157 formulaires retournés. Cinq des 7 sujets suggérés par l'infirmière ont suscité l'intérêt de plus de 50 % des participants : (1) « je veux me protéger contre les ITS et le VIH »; (2) « pourquoi se faire vacciner contre les hépatites A et B »; (3) « pourquoi passer un test de dépistage des ITS et du VIH »; (4) « je veux juste parlé du sida »; (5) « pourquoi je dois mettre un condom et comment ».

Quatre ÉPDITSS sur neuf ont participé à des travaux menés par d'autres instances :

- Une étude de prévalence de la chlamydiose et de l'infection gonococcique et des facteurs associés auprès de divers milieux cliniques, menée par la DSP Montréal-Centre (des Faubourgs et Métro, 2000);
- Une étude de prévalence de l'infection à VIH et de l'hépatite C et facteurs associés de l'Institut national de santé publique (Ahuntsic, hiver-printemps 2003) ;
- L'évaluation du projet Café Le Ketch par une équipe de L'Université du Québec à Montréal, (Plateau, en cours depuis 2002).

Enfin, la DSP de Montréal-Centre assure l'évaluation du projet Saunas gais avec le CLSC des Faubourgs et l'organisme Action Séro Zéro et celle du projet régional de vaccination contre les hépatites A et B auprès des populations vulnérables avec tous les CLSC concernés.

TABLEAU 7 : RÉSUMÉ DES "ACTIVITÉS DÉPLOYÉES" ANNÉE 2001-2002
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

Type d'activité	Description (thèmes, modalités)	Nb CLSC	Nb d'activités ensemble CLSC	Nb d'heures consacrées ensemble CLSC[1]	% des heures consacrées[2] ensemble CLSC
1. Activités de gestion, planification, encadrement clinique et de recrutement du personnel	**Niveau ÉPDITSS :** • Rencontres formelles et informelles, entre les coordonnateurs et les membres de l'ÉPDITSS (varie de 1/semaines à 1-2 / mois) • Activités de planification – organisation des services et de recrutement de personnel **Niveau du CLSC :** • Participation à des réunions de programme et divers comités : UDI, psychosocial, comités consultatifs **Niveau régional :** • Participation au comité régional des coordonnateurs des ÉPDITSS • Participation au « Comité régional d'aide aux intervenants VIH » **Niveau provincial :** • Participation au Groupe provincial de travail sur l'implantation des SID (services intégrés de dépistage).	9 6 9 1	ne s'applique pas	total = 741 h min = 24 h /CLSC max.= 160 h /CLSC moy = 82,4 h /CLSC	29,3%
2. Activités de formation du personnel des équipes	• Programme de formation de la DSP à l'intention des équipes de prévention des ITSSS ; • Autres formations (par : RRSSS, Université Concordia, CLSC Métro, CLSC St Michel) : Réduction des méfaits, orientation sexuelle chez les jeunes, approche ethnoculturelle, clientèle avec problèmes multiples	9	total = 50 sessions min = 6 sessions /CLSC max = 15 sessions /CLSC moy = 11 sessions /CLSC	total = 663 h min = 35 h /CLSC max = 101 h /CLSC moy = 73,4 h /CLSC	26,2 %
3. Activités de développement d'outils d'intervention	**Outils à l'intention de la clientèle :** feuillets d'information et de sensibilisation, affiches, signets, pièce de théâtre, calendrier des services de l'ÉPDITSS, fiche d'information sur les services de l'inf. et ses horaires. **Outils à l'intention des intervenants** : fiches monitorage, entente avec une pharmacie, dossier d'information sur les piqûres	7	total = 23 projets min = 1 projet /CLSC max = 9 projets /CLSC moy = 2,6 projets /CLSC	total = 196 h min = 3 h /CLSC max = 120 h /CLSC moy = 21,8 h /CLSC	7,7 %

Type d'activité	Description (thèmes, modalités)	Nb CLSC	Nb d'activités ensemble CLSC	Nb d'heures consacrées ensemble CLSC[1]	% des heures consacrées[2] ensemble CLSC
	accidentelles, participation à la détermination de codes d'actes pour le SIC.				
4. Activités de promotion des services	**Auprès de la clientèle et de la communauté** : Médiatisation des messages de sensibilisation (journaux, radios locales) ; campagne « Tout Moun ka pran »; participation à des activités communautaires **Auprès des professionnels et partenaires** : Présentation sur la problématique UDI et la réduction des méfaits aux autres intervenants du CLSC ; rédaction d'articles sur le travail « à proximité » et sur la « réduction des méfaits »	8	total = 29 projets de promotion min = 1 projet /CLSC max = 10 projets /CLSC moy = 3,2 projets /CLSC	total =231 h min = 3 h /CLSC max.= 77 h /CLSC moy = 25,7 h /CLSC	9,1 %
5. Activités de connaissance des populations vulnérables	**Travaux menés par les ÉPDITSS :** • Sondage sur les connaissances, les attitudes et besoins auprès des élèves raccrocheurs (ÉPDITSS Villeray) ; • Enquête sur le niveau de satisfaction des usagers concernant le service de dépistage anonyme (périodiquement par l'ÉPDITSS de Métro) ; • Sondage visant à recueillir des suggestions de la clientèle sur des ateliers en santé sexualité (ÉPDITSS St-Michel) ; **Participation à des travaux menés par d'autres instances** : • Étude sur les facteurs de risque et la prévalence de la chlamydiose et de l'infection gonococcique, menée par la Direction de santé publique de Montréal (ÉPDITSS Faubourgs et Métro) ; • Étude de prévalences du VIH et du VHC et des facteurs associés, menée par l'Institut national de santé publique (ÉPDITSS Ahuntsic) ; • Évaluation du projet Café Le Ketch, menée par l'UQAM (ÉPDITSS Plateau).	6	total = 6 projets de recherche min = 1 projet /CLSC max. = 2 projets /CLSC	total =250 h Min = 7 h /CLSC max = 104 /CLSC moy =20,7 h /CLSC	9,8 %
6. Activités de liaison avec les partenaires	**Inter ÉPDITSS** : Comité des infirmières de proximité **Organismes et partenaires communautaires** : organismes communautaires des quartiers ; écoles de décrocheurs ; leaders de la communauté ; participation à des tables de concertation **Services de 1e et 2e ligne** : cliniques privées (ex : Actuel, Quartier	9	total = 52 activités min = 2 activités /CLSC max = 20 activités /CLSC moy = 5,8 activités /CLSC	total = 302 h min = 20 h /CLSC max.= 74 h /CLSC moy = 33,6 h /CLSC	11,9 %

Type d'activité	Description (thèmes, modalités)	Nb CLSC	Nb d'activités ensemble CLSC	Nb d'heures consacrées ensemble CLSC[1]	% des heures consacrées[2] ensemble CLSC
	Latin) ; hôpitaux (St-Luc, Royal-Victoria, Ste-Justine) Regroupement des intervenants psychosociaux VIH-Sida				
7. Activités de formation /information aux partenaires	**Intervenants / bénévoles d'organismes communautaires** • VIH – Sida : le dépistage anonyme, prévention, épidémiologie; femmes et femmes enceintes ; autochtones ; nutrition • Réduction des méfaits et Toxicomanie : piqûre accidentelle, récupération seringues, surdose. • Soins cliniques de base : plaies, pied d'athlète, la gale, les morpions. **Professionnels de la santé** • Stages d'observation auprès des ÉPIDITSS qui font du dépistage anonyme du VIH (offerte au personnel infirmier des ÉPDITSS de Montréal ou d'autres établissements ainsi qu'à des étudiants en médecine	6	total = 33 activités min = 2 /CLSC max = 10 /CLSC moy = 3,7	total = 145 h min = 5 h /CLSC max = 46 h /CLSC moy = 16,2 h /CLSC	5,7 %
			TOTAL	**2 528 heures**	**100 %**

[1] Les heures consacrées par les coordonnateurs des équipes ne sont pas comptabilisées ici.

[2] Ce pourcentage est calculé sur le nombre d'heures consacrées à des activités, les « activités déployées » autres que la dispensation de services auprès de la clientèle et non sur le nombre total d'heures de fonctionnement des équipes

4.3.2 Modalités de dispensation des services

4.3.2.1 Modalités organisationnelles

- **Accessibilité**

L'accessibilité aux services a été analysée selon cinq critères : la localisation géographique, les horaires, les délais d'attente, l'éligibilité, et la langue de communication.

Localisation géographique des services

Services « intra-muros ». Tous les CLSC sont situés sur des artères principales de leur territoire et sont proches des services de transport en commun (métro et autobus).

Services « de proximité ». Les services ont été très majoritairement offerts dans les locaux d'organismes communautaires implantés dans les milieux depuis plusieurs années, dans des écoles de « décrocheurs/raccrocheurs » et évidemment dans les milieux carcéraux. On note également quelques activités plus « terrain » : interventions dans les saunas gais, dans un motorisé, dans des « piqueries » et dans des parcs.

Horaire et modalités de rendez-vous

Services « intra-muros »

Les services « intra-muros » des ÉPDITSS (consultation individuelle avec une infirmière, avec un intervenant psychosocial) ne sont pas offerts la fin de semaine. Des périodes de "sans rendez-vous" pour le dépistage VIH-ITSS sont offertes deux après-midi par semaine de 13 h à 20 h dans un CLSC et du lundi au vendredi de 14 h à 18 h, dans un autre. Par conséquent, un total de 34 heures par semaine de "sans rendez-vous" sont disponibles pour le dépistage VIH. Dans les deux CLSC, les consultations psychosociales ne sont possibles que sur rendez-vous, cependant au besoin, une évaluation psychosociale peut être faite de façon urgente.

Services « de proximité »

Un seul CLSC a offert des services durant la fin de la semaine, deux CLSC ont offert des services en soirée. Le plus souvent les services ont été proposés en après-midi. Il n'y a évidemment pas de prise de rendez-vous pour les services à proximité.

En milieu carcéral tant la consultation avec une infirmière que la consultation psychosociale sont accessibles seulement sur RV, les intervenantes sont disponibles quatre jours par semaine à Bordeaux ainsi qu'à Rivière-des-Prairies et un jour par semaine à Tanguay.

Délai entre la prise de rendez-vous et la rencontre

Dans les services « intra-muros », le délai entre la prise de rendez-vous et la rencontre est de l'ordre de 10 à 14 jours ; au besoin l'infirmière pourra évaluer un patient plus rapidement si elle juge que la situation est prioritaire. Le délai maximal d'attente pour obtenir un RV est de 2-3 semaines. Lorsque le délai

d'obtention d'un RV pour un test de dépistage du VIH est de plus de trois semaines, les périodes du "Sans RV" sont surchargées.
En milieu carcéral, le délai pour un rendez-vous de dépistage peut aller jusqu'à quatre semaines.

Éligibilité
Les équipes acceptent des clients de l'extérieur de leur territoire, tant en intra-muros qu'en extra-muros. Les CLSC des Faubourgs et Métro ont spécifiquement une vocation régionale en regard du dépistage VIH. Il n'y a pas de limites d'âge pour recevoir les services des ÉPDITSS (sinon en lien avec les indications spécifiques des tests de dépistage et des vaccins), sauf celles parfois fixées par les organismes communautaires où se rendent les équipes (ex : le café Ketch s'adresse surtout aux jeunes de 16 à 30 ans)

Le vaccin contre les hépatites A et B n'est offert gratuitement qu'aux personnes présentant une indication reconnue selon les critères du programme montréalais de gratuité de la vaccination contre les hépatites A et B, ce qui crée parfois des tiraillements (par exemple les HARSAH qui consultent à l'ÉPDITSS Des Faubourgs ont droit au vaccin gratuit mais pas les personnes hétérosexuelles de la population générale). Par ailleurs, dans le cadre des interventions de l'ÉPDITSS St-Michel, les critères de gratuité du programme montréalais ont été élargis pour inclure les jeunes haïtiens de 18 à 35 ans.

Quant au test de la chlamydiose et de l'infection gonococcique sur prélèvement urinaire, il est proposé à tous les hommes gais qui consultent l'équipe du CLSC des Faubourgs. Chez les femmes, le prélèvement urinaire est davantage un deuxième choix. Les intervenantes ont tendance à référer les patientes pour un examen gynécologique et un prélèvement génital (que les infirmières des équipes ne pratiquent pas elles-mêmes) plutôt que de procéder à un prélèvement urinaire ; elles l'offriront cependant aux femmes qui présentent un facteur de vulnérabilité (jeunes de la rue, UDI, prostitution).

Langue de communication
Bien que plusieurs professionnels des équipes de prévention soient bilingues (français et anglais), certains d'entre eux communiquent difficilement en anglais, or plusieurs clients sont anglophones (ex. 25 % de la clientèle en milieu carcéral).

- **Continuité**

Par continuité, on entend ici "l'assurance d'un traitement complet dépourvu de rupture dans la prise en charge, les responsabilité ou l'information" (McNeil, 2001). Cela suppose deux conditions : 1) qu'il ait une continuité et une bonne communication entre les différents organismes de santé ; 2) lorsque c'est possible, que le même intervenant (infirmière, médecin, travailleur social ou autre professionnel) s'occupe du client d'une intervention à l'autre (McNeil, 2001).

Services intra-muros : Le plus souvent, le personnel des services de dépistage rencontre les clients à deux reprises seulement (le prétest et le post-test). Dans le cas des consultations psychosociales, le client rencontre habituellement le même intervenant à chaque visite (établissement d'un contrat et d'une alliance psychothérapeutique).

Services « de proximité ». Les visites des infirmières dans un même milieu n'ont pas été très fréquentes, variant d'une fois par semaine à une fois aux six semaines. De plus, parmi les personnes rencontrées « à proximité » peu, ont consulté par la suite l'infirmière au CLSC ou une autre ressource à laquelle cette dernière les avait référées. Chaque infirmière ayant agi à proximité estime qu'annuellement environ 10 patients rencontrés à proximité sont venus la consulter au CLSC.

En milieu carcéral, la présence des membres de l'ÉPDITSS depuis 1999 dans les deux établissements à clientèle masculine assure la continuité des services, ceci permet d'intervenir (et lorsqu'un détenu est transféré d'un milieu à un autre). Certains clients sont condamnés à plus d'une reprise au cours de la même année. Les intervenants psychosociaux (ARH) de l'ÉPDITSS demeurent impliqués auprès des clients jusqu'au transfert de ceux-ci à un intervenant du réseau de la santé. Ceci est une condition à la prise en charge des clients que posent les ressources de la communauté (maisons d'hébergement sida, centres de réadaptation, maisons de transition). Certains clients développent avec les ARH de l'ÉPDITSS des liens qu'ils maintiennent lorsqu'ils sont à l'extérieur du milieu carcéral.

- **Facilité**

Par facilité, on entend que les formalités exigées des clients pour transiger avec l'équipe sont réduites au minimum ; on retient surtout les formalités d'ouverture de dossier et l'exigence de la carte RAMQ. Les ÉPDITSS n'exigent pas la carte RAMQ pour les services « à proximité ». Tel que mentionné préalablement, une des équipes souhaite offrir elle-même une procédure d'obtention / renouvellements de la carte d'assurance maladie pour ses clients vulnérables, la plupart sont des jeunes de la rue. La même équipe a signé une entente avec une pharmacie pour favoriser l'accès à la médication, aux UDI ainsi qu'aux jeunes à faible revenu.

À l'établissement de détention de Montréal (EDM), les « prévenus » entrent plus difficilement en contact avec l'équipe que les « détenus » parce qu'ils doivent être accompagnés d'une escorte pour se déplacer lors d'un rendez-vous, or de telles ressources ne sont pas toujours disponibles.

4.3.2.2 Modalités professionnelles liées à la dispensation des services

- **Fiabilité- compétences**

La majorité des professionnels des équipes de prévention ont bénéficié de multiples formations sur les ITSS, portant sur un éventail de sujets relatifs à des aspects épidémiologiques, cliniques et préventifs. En 2002, une seule infirmière des équipes accusait un retard par rapport à la date de renouvellement de sa certification en réanimation cardiorespiratoire (RCR).

La plupart des infirmières sont des bachelières et ont plusieurs années d'expérience professionnelle. Les intervenantes récemment recrutées ont peut-être moins d'expérience auprès des populations vulnérables mais elles manifestent beaucoup d'intérêt et de motivation à travailler auprès de celles-ci.

- **Modèle d'intervention**

Les plans d'interventions en soins infirmiers des neuf CLSC sont basés sur le modèle de McGill. Les équipes de prévention jumellent ce modèle avec l'approche de Réduction des méfaits, afin que les interventions soient adaptées aux populations vulnérables face aux ITSS.

Le modèle de McGill est basé sur une vision systémique de la problématique et met le focus sur les forces, le potentiel et les ressources du client (famille-environnement) qui est considéré comme un apprenant actif. Selon ce modèle (Paquette-Desjardins, 1999) :

- la santé est définie comme un état d'équilibre face à la maladie ou aux évènements de la vie quotidienne ; la capacité de « faire face » (coping) et de trouver des solutions (appris et acquis) ;
- le soin infirmier vise l'apprentissage par l'usager de comportements de santé et aussi d'habiletés de résolution de problèmes de santé ;
- l'infirmière suit une démarche systématique - un travail à toutes les étapes du processus de soin avec et pour le client (et sa famille), dans le respect du rythme des attentes, des préoccupations et des solutions du client /famille (ou de ces proches).

Quant à l'approche de réduction des méfaits, la définition retenue par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) est la suivante (Brisson, 1998) : « L'approche de réduction des méfaits est une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou "addictifs"), à ce que les principaux intéressés puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements et aux effets pervers des contrôles sur ces comportements, pour eux-mêmes, leur entourage et la société, aux plans sanitaire, économique et social. »

Les approches ou les modèles psychothérapeutiques utilisés par le personnel des ÉPITSS n'ont pas été cernés. Les intervenants psychosociaux se questionnent entre autres, sur les durées, les objectifs, et les limites de leurs interventions. Certains intervenants estiment qu'ils devraient prioriser davantage la prise en charge des cas plus complexes et référer les cas avec des problèmes courants (tel que l'organisation de la vie quotidienne) aux intervenants psychosociaux du CLSC de résidence du client.

- **Capacité d'intervention**

Actes délégués et ententes particulières. Les infirmières de trois équipes seulement sont habilitées par délégation d'acte à effectuer des tests de dépistage du VIH (3 équipes) et des autres ITSS (2 équipes, dont une depuis quelques mois seulement). De plus, bien que toutes les infirmières soient en mesure de vacciner, les politiques internes de certains CLSC stipulent que deux infirmières doivent être présentes ensemble lors d'une vaccination en dehors de l'établissement.

Flexibilité des horaires de travail Les équipes sont confrontées à l'application des conventions collectives dans le réseau de la santé lorsqu'elles veulent adapter leurs horaires aux modes de vie des populations ciblées.

Équipement / matériel. Le projet régional d'accès aux tests de la chlamydiose et de l'infection gonococcique sur prélèvement urinaire a été implanté seulement à la fin de l'été 2001 (Annexe 4).
En ce qui concerne l'équipement destiné à la communication, quelques infirmières disposent de téléphones cellulaires et très peu d'entre elles ont une adresse professionnelle de courrier électronique.

Soutien informationnel. Il est demandé aux infirmières de remplir une grande quantité de formulaires et de fiches (fiche d'ouverture de dossier, dossier client, fiche de vaccination, fiche de statistique individuelle du SIC...). La DSP a proposé un dossier client simplifié pouvant rendre compte des services « à proximité ». Aucun CLSC n'a développé de dossier client informatisé.

Depuis environ dix ans, les équipes des CLSC des Faubourgs et Métro compilent les données sur le dépistage anonyme selon une grille provinciale. Les variables saisies sont :

1. l'âge et le sexe du client ;
2. le pays d'origine ;
3. si l'anonymat est un aspect important dans le fait de recourir au service ;
4. la principale raison du client pour demander un test anti-VIH : a) la principale catégorie d'exposition au risque telle que déterminée par l'intervenant ; b) si le client est impliqué dans des activités de prostitution ;
5. le nombre de partenaires sexuelles au cours des 12 derniers mois ;
6. si le client a eu antérieurement un test de dépistage anti-VIH et le résultat du dernier test anti-VIH ;
7. les interventions effectuées (rencontres pré-tests, nombre de prélèvements, nombre de rencontre post-tests);
8. s'il y a lieu, références et suivis offerts à l'interne ou à l'externe.

Toutes les ÉPDITSS, à une seule exception, saisissent actuellement (depuis un à deux ans) les données du SIC à des fins notamment de gestion financière et de reddition de compte. Cependant, elles n'obtiennent pas aisément des rapports et des analyses qui leur fourniraient une rétroaction sur leurs activités spécifiques.

Niveau de sécurité personnelle. Les infirmières ne se sentent pas menacées lors de leurs interventions « à proximité » ; aucun incident n'est survenu au cours de la période à l'étude. Cependant, un travailleur de rue interviewé dans le cadre du présent bilan a déclaré que des imprévus sont toujours susceptibles de se produire dans la rue.

Isolement professionnel. Les « nouvelles » équipes ont très peu de ressources, les infirmières ont déploré leur isolement professionnel, elles voient cet isolement comme un facteur démotivant qui nuit à leur capacité d'intervention.

Perception du mandat de proximité. Les infirmiers et infirmières des ÉPDITSS ont des opinions parfois divergentes sur la pertinence des activités à proximité. Ainsi, les infirmières de trois ÉPDITSS (Plateau,

St-Michel et Hochelaga Maisonneuve) trouvent qu'intervenir à proximité est une stratégie très appropriée pour rejoindre les populations vulnérables. En revanche, les infirmières de trois « nouvelles » ÉPDITSS (Petite Patrie, Rosemont et Villeray) semblent considérer que dans leur cas il n'est pas absolument nécessaire d'aller à proximité pour rejoindre les clients vulnérables, car ces derniers utilisent déjà beaucoup le CLSC. Selon elles, le CLSC est lui-même "à proximité" puisqu'il offre des soins de première ligne, qu'il est accessible et que l'attitude ouverte du personnel envers ces clients favorisent un accueil adapté. Ces équipes sont davantage en faveur d'un investissement dans la mise en place des services intra-muros pour la prise en charge des ITSS.

Perception de l'importance d'offrir tel ou tel service Afin d'apprécier quels étaient les services infirmiers que le personnel jugeait les plus importants à offrir aux populations vulnérables en regard des ITSS, on a soumis aux participants d'un groupe de discussion (10 infirmiers et infirmières des ÉPDITSS) une liste de 20 services pouvant être dispensés par une ÉPDITSS. Chaque service était noté de 0 à 5 (0 = pas du tout important à 5 = très important) ce qui a permis de calculer un score pour chaque service (l'étendue de celui-ci pouvait donc être de 0 à 50). Les services sont ici classés par ordre décroissant de l'importance perçue par les infirmières (et regroupés par catégorie de score).

Services pouvant être offerts par le personnel infirmier d'une ÉPDITSS	**Importance d'offrir le service** Catégorie de Score
• la vaccination contre les hépatites A et B ; le dépistage VIH ; le dépistage de la chlamydiose et de la gonococcie ; l'information et l'éducation sur les ITSS en individuel ; le dépistage des hépatites B et C.	**46-50**
• le dépistage de la syphilis ; la notification aux partenaires ; la référence personnalisée des clients vers d'autres professionnels de la santé ; la distribution des condoms et de seringues.	**40-45**
• l'orientation des clients vers d'autres services ; le dépistage des conditions psychosociales et l'intervention de crise (affect suicidaire, situations de violence, situation d'abus sexuel) ; la distribution du matériel éducatif ; l'information et l'éducation sur les ITSS en groupe.	**35-39**
• l'accompagnement des clients à d'autres services de santé ; l'administration de la pilule du lendemain et des contraceptifs oraux.	**30-35**
• la ligne téléphonique pour l'information et l'éducation sur les ITSS ; les autres vaccinations (ex. tétanos, l'influenza) ; les soins cliniques de base ; la distribution d'eau de javel ; le suivi pour la méthadone.	**24-29**

Par ailleurs, les infirmières ont relaté que lorsqu'elles rencontrent un client, celui-ci exprime ses besoins en matière de santé physique ou mentale et il s'attend à recevoir de l'aide (soins, services). Les infirmières estiment qu'il est important de répondre au besoin initial du client afin d'établir un premier contact avec ce dernier et débuter ainsi une relation d'aide basée sur la confiance. Ce n'est que par la suite qu'elles

peuvent aller plus loin et entamer une démarche de prévention des ITSS. Selon les infirmières, le sujet des ITSS, compte tenu des préjugées et des interdits sociaux qui l'entourent, ne peut habituellement pas être abordé d'emblée avec un nouveau client; il doit au préalable s'établir un lien de confiance entre le professionnel et le client.

- **Dimension relationnelle**

La satisfaction des clients ayant reçu des services des ÉPDITSS n'a pas été mesurée dans le cadre du présent bilan. Cependant, selon les discours d'un travailleur de rue, des infirmières des ÉPDITSS et de l'infirmière rattachée à la DSP pour le projet régional de vaccination contre les hépatites A et B, les clients ont une attitude très positive envers les intervenants des ÉPDITSS, ces derniers démontrant beaucoup d'empathie et d'engagement envers eux.

4.4 PROCESSUS EXTERNE – LIENS DE COLLABORATION ET PARTENARIAT

4.4.1 Collaboration interne au CLSC

Les ÉPDITSS ont établi des liens de collaboration avec d'autres programmes et avec d'autres professionnels de la santé de leur CLSC

4.4.1.1 Collaboration avec d'autres Programmes du CLSC

Toutes les équipes entretiennent des liens étroits avec le « Programme des services courants » de leur CLSC pour la référence de patients. L'équipe du CLSC Ahuntsic fait exception à cela, elle collabore davantage avec les services de santé des milieux carcéraux où elle intervient. À la Maison Tanguay, les services de santé sont assurés par du personnel du CLSC Ahuntsic alors qu'à l'Établissement de détention de Montréal et à Rivière-des-Prairies, ils sont assurés par le ministère de la sécurité publique.

Sept équipes collaborent avec le « Centre de distribution et de récupération de matériel stérile d'injection» (CDRMSI) mis en place dans leur CLSC (des Faubourgs, Métro, Plateau, Hochelaga Maisonneuve, Villeray, Petite Patrie et Rosemont) ; dans trois CLSC (Petite Patrie, Villeray et Rosemont), l'infirmière de l'ÉPDITSS est très impliquée dans le CDRMSI.

Le « Programme Enfance Famille Jeunesse», le « Programme de maintien à domicile », le « Programme scolaire » ou encore l'équipe « Jeunes de la rue » (dans le cas du CLCS des Faubourgs) constituent d'autres partenaires occasionnels des ÉPDITSS.

4.4.1.2 Collaboration avec d'autres professionnels de la santé du CLSC

- **Médecins** : Sept équipes sur neuf ont pu identifier un ou plusieurs médecins du CLSC avec lesquels elles interagissent (Métro, Plateau, Villeray, Rosemont, Petite Patrie, Ahuntsic et St-Michel). La nature de la collaboration avec ces médecins varie beaucoup d'une équipe à l'autre, de la simple référence occasionnelle d'un patient jusqu'à l'implication directe du médecin auprès de l'ÉPDITSS (élaboration des orientations de l'ÉPDITSS, développement d'outils, formation, prescription de tests...). Cependant, de manière générale, les équipes médicales des CLSC concernés n'ont pas investi beaucoup d'énergie dans les ÉPDITSS, et l'on fait de manière ponctuelle.

- **Autres infirmières du CLSC** : Trois équipes ont déclaré avoir bénéficié du soutien de la part d'autres infirmières du CLSC, notamment pour les sessions de vaccination contre les hépatites réalisées extra-muros (Plateau, Hochelaga Maisonneuve, Rosemont).

- **Organisateurs communautaires :** Afin de mieux connaître leurs populations et les opportunités d'intervention « à proximité », quatre des « nouvelles » équipes ont bénéficié de la contribution des organisateurs ou des intervenants communautaires de leur CLSC, mobilisés dans le cadre du « Programme d'adaptation des services » : Petite Patrie, Plateau, Hochelaga Maisonneuve et St Michel.

- **Intervenants psychosociaux (psychologues, travailleurs sociaux, ARH)** : Les intervenants psychosociaux des CLSC Métro et des Faubourgs collaborent régulièrement avec d'autres psychologues ou travailleurs sociaux de leur CLSC respectif pour la résolution commune des cas complexes. Deux équipes nouvelles n'ont pas de financement pour des ressources psychosociales, mais le CLSC a mobilisé ses propres ressources pour travailler avec elles : projet Café Le Ketch du Plateau et un projet en milieu scolaire (décrocheurs) de Villeray.

4.4.2 Collaboration avec les partenaires externes

Les ÉPDITSS collaborent avec plusieurs partenaires externes au CLSC : les équipes de prévention des ITSS des CLSC ; les organismes communautaires ; et les établissements de santé de 1e et 2e ligne.

4.4.2.1 Collaboration inter- ÉPDITSS

Tel que mentionné à la section sur les « activités déployées », les équipes de prévention et de dépistage entretiennent des contacts réguliers entre eux à travers le Comité des infirmières de proximité. De plus, les infirmières des équipes de Métro et des Faubourgs ont participé à la formation des infirmières nouvellement recrutées par les autres équipes (Plateau et St Michel). Finalement les infirmières des équipes ont organisé ensemble diverses activités auprès des clientèles vulnérables et du public : sessions de vaccination (exemple : le « Blitz ») ; des journées de ramassage de seringues ; des tournées de sensibilisation de la communauté du quartier (commerces, police, écoles) aux problèmes liés aux ITSS et aux populations vulnérables ; des interventions sur la rue auprès de jeunes en difficulté et de « squatters ». Les infirmières des CLSC Villeray, Petite-Patrie et Rosemont ont débattu d'une éventuelle mise en commun de la couverture des besoins de leurs clientèles et de leurs organismes communautaires sous la forme d'un réseau sous-régional d'intervention.

4.4.2.2 Collaboration avec les établissements de santé de 1e et 2e ligne

Quatre équipes (Faubourgs, Métro, Plateau, Hochelaga Maisonneuve) sur neuf ont mentionné avoir une forme de collaboration avec des établissements de santé de 1e ou de 2e ligne.

1e ligne L'équipe du CLSC des Faubourgs reçoit des demandes de consultation en nutrition ou en psychosocial pour des clients référés par les cliniques l'Actuel et Quartier Latin. De plus, un médecin de la clinique Quartier Latin dispense quelques fois par année des sessions de formation au personnel de cette ÉPDITSS. Le personnel psychosocial de l'ÉPDITSS Métro reçoit aussi des demandes de consultations de certaines cliniques de son territoire.

L'équipe du milieu carcéral réfère parfois des clients au Centre Dollard Cormier lors de leur libération. L'ÉPDITSS du CLSC Hochelaga Maisonneuve avait établi une entente particulière avec une clinique spécialisée en gynécologie-obstétrique de son territoire pour la prise en charge de femmes enceintes à risque, mais ceci n'a pas fonctionné parce que les quelques clientes que l'ÉPDITSS avait référées ne se sont pas présentées à la clinique.

2e ligne, Trois équipes ont des liens de collaboration (référence et suivi des clients) avec des hôpitaux : l'Institut Thoracique de Montréal (Métro), L'hôpital Royal Victoria (Plateau Mont Royal) et l'Hôpital Ste Justine (St Michel). Par ailleurs, peu de références ont été faites à l'équipe mobile CHUM- Toxico.

4.4.2.3 Collaboration avec des organismes communautaires et d'autres établissements

Au total les équipes de prévention ont eu des activités de liaison avec environ 68 établissements ayant une mission envers les populations vulnérables. On constate que selon le niveau de collaboration, ces organismes peuvent être classés en deux catégories : organismes en exploration et organismes partenaires (collaboration fonctionnelle).

Les ÉPDITSS, particulièrement les nouvelles ÉPDITSS, ont exploré ou explorent encore actuellement des partenariats potentiels auprès d'environ 30 établissements, le nombre d'établissements varie de 2 à 6 par équipe. Plus de la moitié de ces organismes travaillent auprès des jeunes de la rue et un quart auprès des UDI, et le reste auprès des autres populations.

Une variété de facteurs expliquent l'arrêt de la démarche d'exploration : une meilleure compréhension de la mission de l'organisme et des clientèles qu'il dessert, le nombre restreint de la clientèle, la durée d'interaction de l'organisme avec la clientèle, la présence d'autres ressources répondant aux même besoins que l'ÉPDITSS au sein de l'organisme ou à qui l'organisme réfère sa clientèle, ou la fermeture de l'organisme.

Depuis 1999, les 9 ÉPDITSS ont établi des collaborations fonctionnelles avec 38 organismes communautaires ou établissements (un minimum de 2 établissements par équipe et un maximum de 10 établissements par équipe). Il s'agit de 30 organismes communautaires, cinq saunas gais de Montréal et trois milieux carcéraux de juridiction provinciale. Cependant, certaines collaborations avec ces organismes communautaires ont ralentie ou ont cessé avec le temps, par conséquent, en début 2003, les équipes offraient des services dans les locaux de 20 organismes communautaires, 5 saunas gais et 3 centres de détention. Le tableau 8 résume ces partenariats : les organismes impliqués, les clientèles et les principales interventions réalisées en collaboration avec les ÉPDITSS.

On a tenté de décrire le niveau de collaboration des équipes avec les organismes communautaires selon les critères suivants : l'échange d'information ; la coordination et la complémentarité des services ; la réalisation d'activités ensemble ; le partage de ressources ; les références personnalisées.

- Les projets UDI de Petite-Patrie et d'Hochelaga-Maisonneuve avec leur solide table de concertation s'inscrivent dans les échanges d'information et les discussions d'orientation.
- Plusieurs partenariats (une vingtaine d'organismes) se sont vécus sous la forme d'un certain partage de ressources pour la tenue de sessions ponctuelles d'activités dans les locaux d'organismes communautaires ce qui incluait la contribution d'intervenants de l'organisme.
- De plus, dans cinq cas, la collaboration avec les organismes s'est située au niveau d'une complémentarité de services ou d'une réalisation d'activités s'inscrivant dans une démarche commune : le projet Haïtien, le projet Saunas - gais, le projet Café Le Ketch et le projet en milieu carcéral ; de plus le projet Autochtone, en émergence, semble emprunter cette voie.

La qualité de la collaboration peut être analysée selon plusieurs critères : le soutien et la reconnaissance, le partage des valeurs, la motivation à collaborer, la confiance mutuelle, la résolution de conflits et la présence de leadership. Du point de vue des infirmières de CLSC et selon ces divers critères, la collaboration des organismes est jugée en général positive.

Soutien Des infirmières ont trouvé l'attitude de certaines intervenants communautaires plutôt « passive ». Durant les sessions de vaccination par exemple, ceux-ci auraient pu fournir plus d'effort au niveau du recrutement et de la motivation des clients. De même, certaines infirmières estiment que ces intervenants pourraient s'impliquer davantage à l'organisation des activités, en préparant déjà le terrain avant l'arrivée de l'équipe du CLSC. Ceci laisse croire qu'il est nécessaire de faire un travail de sensibilisation des intervenants communautaires sur le rôle actif qu'ils peuvent jouer au niveau des activités de prévention des ÉPDITSS.

Confiance mutuelle On ressent une certaine méfiance de la part du secteur communautaire envers le secteur public, bien qu'au niveau interpersonnel, les relations entre les infirmières des équipes et les intervenants des organismes soient en général positives. Pour renforcer les liens avec les organismes communautaires, les membres des équipes estiment qu'il faut premièrement bâtir une confiance inter-organisationnelle, ceci requiert beaucoup d'investissement en matière de liaison.

Partage des valeurs La vision des organismes communautaires concernant la prise en charge de la personne est plus globale alors que celle des équipes est plus centrée sur la prévention des infections. Il semble que pour les intervenants communautaires la prévention des ITSS n'est pas une priorité, en revanche des aspects psychosociaux tels que le bien-être et la qualité de vie de la personne revêtent une plus grande importance pour eux.

TABLEAU 8 : LISTE DES ÉTABLISSEMENTS PARTENAIRES DES ÉPDITSS
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

CLSC	Organisme/ établissement	Mission de l'organisme	Population	Services/Activité de l'équipe 2001-2003
Des Faubourgs	Saunas gais de Montréal*	Lieux de loisir - saunas gais	HARSAH	• Sessions de vaccination contre les hépatites A et B • Début sous peu de l'offre du dépistage des ITSS (été 2003)
	GEIPSI	Groupe d'entraide à l'intention des personnes séropositives et itinérantes.	PVVIH - sida itinérantes et toxicomanes	• Soutien communautaire en nutrition, 3 h par mois
	Fondation d'aide Directe	Soutien matériel et financier aux personnes démunies vivant avec le VIH-SIDA en leur offrant une qualité de vie décente et adaptée aux exigences de leur état de santé.	PVVIH - hommes et femmes seuls pour la majorité, des pères, des mères de famille (souvent seules à subvenir aux besoins de leurs enfants), qui ne parviennent plus à assurer leur subsistance ou à maintenir leur autonomie à domicile.	• Soutien de la part des nutritionnistes de l'ÉPDITSS à la standardisation des plats remis aux usagers ; • Formation du personnel et des bénévoles en nutrition
	Séro-Zéro	Un organisme de prévention du VIH-SIDA, qui intervient auprès de la communauté gaie.	HARSAH (hommes gais et bisexuels)	• Échange d'information • Réalisation du projet saunas
Métro	Centre Amitié autochtone*	Organisme d'aide aux autochtones, offrant : • information • références • *counselling* • *drop-in* • activités socioculturelles	Membres des communautés Autochtones, sans abri avec des troubles de dépendance, poly-toxicomanes • 10-12 visites par jour, • 6-10 nouveaux clients par semaine	• Sessions mensuelles de vaccination contre les hépatites A et B • Sessions de dépistage VIH
	Foyer pour femmes autochtones de Montréal*	Offrir un environnement sécuritaire et aidant, qui renforce l'identité culturelle, l'estime de soi et l'indépendance des femmes autochtones et de leurs enfants : • refuge temporaire • services thérapeutiques • psychothérapie et désintoxication,	Femmes autochtones et leurs enfants : • 2001-2002 : 506 femmes, 251 enfants (757 personnes) ; • capacité par jours : 16 places • capacité annuelle maximale : 5 125 • duré de séjour moyenne : 7 jours • taux d'occupation : 87 %	• Sessions de vaccination contre les hépatites A et B depuis janvier 2003

CLSC	Organisme/ établissement	Mission de l'organisme	Population	Services/Activité de l'équipe 2001-2003
		• ateliers.		
	L'Armée du salut* "Programme Ancrage"	Thérapie de désintoxication, selon l'approche des 12 étapes	Hommes alcooliques et toxicomanes, population très hétérogène (d'itinérant à comptable agréé) ; • 18 ans et plus ; • capacité de 33 individus durant six mois ; • 10 départs par mois et autant de rentrées.	• Début des négociations pour organiser des activités de *outreach* • Sessions de vaccination depuis janvier 2003
Plateau Mont-Royal	Dîner Rencontre St-Louis de Gonzague* et Café Lanouette	• Dîners : repas chauds et équilibrés servis du lundi au vendredi • Centre de jour « Café Lanouette » ouvert le lundi de vendredi. • Accueil, écoute, référence, activités éducatives, de loisirs, sociales, sportives, culturelles.	Jeunes adultes démunis ou itinérants de 18 à 30 ans qui vivent des situations difficiles • 35 à 50 clients par jour • 40 nouveaux par mois	• Présence de l'infirmière : soins cliniques de base, éducation à la santé • Sessions de vaccination contre les hépatites A et B
	Clinique du Café Le Ketch*	Clinique communautaire	Jeunes adultes de 16-30, marginaux ou itinérants • chaque lundi : entre 5 à 10 personnes	• Présence hebdomadaire de l'infirmière • Vaccination contre les hépatites
	Plein Milieu	Soutenir et favoriser chez les jeunes : l'autonomie ; les habiletés sociales ; la prise en charge de leurs difficultés ; la réalisation de leurs projets.	Jeunes en difficulté et UDI • 878 jeunes différents en 2001-2002 • 5760 interventions en 2001-2002	• Collaboration avec les travailleurs de rue et suivi conjoint de certains clients
	Le Refuge des jeunes*	Centre d'accueil de nuit et de référence à Montréal visant la réinsertion et l'intégration de jeunes hommes en difficulté. • Suivi individualisé et aide nécessaire pour sortir de la rue. • Hébergement pour une période maximale d'un mois.	Jeunes hommes sans-abri et en difficulté âgés de 18 à 24 ans ; • 45 places ; • 35 à 45 personnes hébergées.	• Prise en charge par l'infirmière de l'équipe des clients référés par l'organisme • Cliniques des soins des pieds • Vaccination depuis septembre 2002, en collaboration avec l'équipe "Jeunes de la rue" des Faubourgs

CLSC	Organisme/ établissement	Mission de l'organisme	Population	Services/Activité de l'équipe 2001-2003
	L'Inconditionnel	Bar sans alcool et sans drogues	Ex-toxicomanes, âgés de plus de 30 ans.	• Visites à l'occasion de l'infirmière pour identification des besoins, sensibilisation et offre de services
	Resto Plateau	Cafétéria	Personnes défavorisées socio-économiquement, clientèle plus organisée.	• Visites à l'occasion de l'infirmière pour identification des besoins, sensibilisation et offre de services
	Maison des amis*	Centre drop-in (de jour) et cuisine communautaire	Personnes ex-toxicomanes et/ou avec de problèmes de santé mentale, ex - détenus	• Sessions de vaccination depuis janvier 2003
Hochelaga Maisonneuve	Dopamine	Site d'échange de seringues	UDI âgés de 30 à 45 ans ; • 60 à 75 visites par semaine ; • 12 à 15 nouveaux clients par mois ; • en 2001- 2002 : 4 315 personnes rencontrées au site fixe et 4 238 contacts dans la rue.	• Présence d'infirmière et consultations individuelles • Sessions de vaccination contre les hépatites A et B, tous les deux mois.
	ASPA	Programme de thérapie externe de 6 semaines, ensuite 12 mois de suivi	Polytoxicomanes de 30 à 40 ans, avec des problèmes de santé mentale et physique ; • Groupes de 12 avec maximum de 3 nouveaux clients par semaine ; • Environ 400 clients par année.	• Sessions de vaccination aux 6 semaines
Villeray	École St-Croix*	École pour raccrocheurs éducation aux adultes	Élèves raccrocheurs de 16 à 35 ans ; • moyenne d'âge de 18 à 25 ans ; • 1000 élèves par année.	• Présence de l'infirmière deux fois par mois ; • Présence d'une travailleuse sociale deux jour semaine pendant 12 semaines (projet pilote 2001-2002) • Sessions de vaccination contre les hépatites
	École Henri Julien*	École pour raccrocheurs, éducation aux adultes	Jeunes adultes décrocheurs de 16-35 ans	• Sessions de vaccination contre les hépatites depuis janvier 2003
	C.O.PA.T.L.A.*	Centre d'orientation et de prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie latino-américain, dont l'intervention est basée sur l'approche des 12 étapes AA	Jeunes marginaux en difficulté, toxicomanes et ex-toxicomanes, majoritairement latino-américain	• Sessions de vaccination depuis novembre 2002

CLSC	Organisme/ établissement	Mission de l'organisme	Population	Services/Activité de l'équipe 2001-2003
	PACT de rue	Drop-in, site d'échange de seringues	UDI et jeunes en difficulté, prostituées • clientèle à 60 % multiethnique • 550 jeunes différents ; • 5538 interventions.	• Collaboration difficile, l'organisme réfère rarement des clients à l'ÉPDITSS
Rosemont	Detox Organisme fermé depuis mars 2002	Maison de thérapie	UDI et toxicomanes	• Collaboration de 1999 à mars 2002 • Une session de vaccination par mois
	Maison Grise	Maison d'hébergement	Jeunes femmes en difficulté	• Sessions de vaccination durant le Blitz
Petite Patrie	École Marie Médiatrice	École de décrocheurs	Élèves raccrocheurs âgés de 16-50 ans : • 500 personnes • 80 % âgés de 16-25 ans • 60 % proviennent des territoires Villeray, Rosemont, St-Michel	• Sessions de vaccination : Rappel dxt5 et hépatite B (2001)
	École Père Marquette	École de décrocheurs		• Sessions de vaccination : Rappel dxt5 et hépatite B (2001)
	PACT de Rue	Drop-in, site d'échange de seringues	UDI et jeunes en difficulté, prostituées • clientèle à 60 % multiethnique • 550 jeunes différents ; • 5538 interventions	• Sessions de vaccination : rappel dxt5 et hépatite B (2001)
Ahuntsic	Maison Tanguay* Établissement de Détention de Montréal* Établissement de Rivières des Prairies*	Centres de détention	Tanguay : Femmes seulement EDM et RDP :hommes seulement Pour caractéristiques sur les séjours(nb de places, nb de personnes différentes, nb d'admissions et durée de séjour) voir le tableau 3.	• Consultations individuelles avec les infirmières et les intervenants psychosociaux • Vaccination contre les hépatites A et A • Dépistage : VIH, VHC et VHB • Groupes santé toxicomanie
	Cactus	Site d'échange de seringues et parallèlement l'organisme vise une approche plus globale auprès des UDI et la promotion des comportements à risque réduit face au VIH-Sida.	UDI	• Référence de clients • Collaboration d'un travailleur de rue de cactus aux groupes "santé toxicomanie"

CLSC	Organisme/ établissement	Mission de l'organisme	Population	Services/Activité de l'équipe 2001-2003
St-Michel	Centre Yves Thériault*	École de francisation	Nouveaux arrivants avec des statuts immigration différents (immigrants reçus, réfugiés, en attente du statut de réfugié) : • âgés de plus de 18 ans • 8 % haïtiens • 1500 élèves	• Présence infirmière • Éducation et promotion de la santé • Sessions de vaccination contre les hépatites A et B
	École Gabrielle Roy*	École d'adultes, niveaux : • secondaire • francisation • alphabétisation	Jeunes et adultes hommes et femmes • âgés de 16 à 45 ans • 60 % moins 20 ans • 40 % haïtiens • 400 élèves	• Présence infirmière • Éducation et promotion de la santé • Sessions de vaccination contre les hépatites A et B
	Maison des jeunes Par la Grande Porte*	Maison des jeunes avec plusieurs programmes sociaux : réinsertion, jeunesse 2000, aide aux devoirs, buffet, repas du midi .	Jeunes en difficulté	• Présence infirmière • Éducation et promotion de la santé • Sessions de vaccination contre les hépatites A et B
	Maison Haïti*	• Alphabétisation, • Recherche d'emploi, • Intégration des nouveaux arrivants • Francisation, autres.	Jeunes haïtiens, nouveaux immigrants	• présence infirmière • Éducation et promotion de la santé • Sessions de vaccination contre les hépatites A et B
	Alliance Théâtrale Haïtienne*	• Activités théâtrales et loisirs ; • Ateliers sur l'estime de soi ; • Programme en collaboration avec Ressource humaines Canada pour la réinsertion sociale et sur le marché travail.	Personnes de tout âge (majoritairement des jeunes adultes) 95 % haïtiens • plus de 80 % sont des hommes	• Présence infirmière • Éducation et promotion de la santé • Sessions de vaccination contre les hépatites a et b
	Mon Resto*	Aide alimentaire, cuisine collective	Adulte et jeunes marginaux multiethniques • 30 % haïtiens	• Présence infirmière • Éducation et promotion de la santé • Sessions de vaccination contre les hépatites A et B
	GAP-VIES*	Prévention du VIH et soutien aux PVVIH	Adultes haïtiens et africains (note la présence de plus en plus des africains)	• Présence infirmière • Éducation et promotion de la santé • Sessions de vaccination contre les

CLSC	Organisme/ établissement	Mission de l'organisme	Population	Services/Activité de l'équipe 2001-2003
				hépatites A et B
	Centre de Loisir René Goupil*	Loisir divers	Haïtiens de tout âge • environ 5000 personnes par mois	• Présence infirmière • Éducation et promotion de la santé • Sessions de vaccination contre les hépatites A et B
	HLM André Cornaud*	Logement à loyer modique	Adultes et personnes âgées	• Sessions de vaccination depuis novembre 2002
	Trans-Arts 2000*	• Activités théâtrales (pièces de théâtres, documentaires) et de loisirs communautaires • Ateliers pour l'estime de soi • Aide pour la recherche d'emploi	Jeunes < 25 ans, majoritairement haïtiens	• Sessions de vaccination depuis novembre 2002

Note : Les organismes identifiés par un astérisque (*) sont des organismes dans les locaux desquels les ÉPDITSS offrent des services actuellement (année 2002-2003).

4.5 SERVICES DISPENSÉS

Les ÉPDITSS ont dispensé une variété de services à leurs populations cibles soit en intra-muros soit en extra muros (« à proximité »), lors de rencontres individuelles ou encore pendant des sessions de groupe.

4.5.1 Ligne téléphonique

Les deux anciennes équipes ont une ligne téléphonique spécifique qui permet au client d'avoir des informations concernant le service de dépistage VIH et les autres services offerts par l'équipe de prévention. Cependant, seulement un de ces deux services permet au client de parler à un intervenant. Il comprend : l'accueil, l'orientation, la prise des rendez-vous pour les services aux usagers rendus par l'équipe spécialisée (dépistage anonyme incluant le *counselling*, services psychosociaux et services diététiques) ou la référence à d'autres ressources, informations, éducation, *counselling*. Dans le cas de l'autre équipe, la ligne téléphonique donne l'accès à un message préenregistré avec des informations concernant les services offerts par l'équipe spécialisée telles que les heures d'ouverture, les modalités de prise de rendez-vous etc.

La ligne téléphonique qui permet de parler à un intervenant est opérationnelle à raison de 10 heures/ semaine au CLSC des Faubourgs, tandis celle qui donne accès à un message préenregistré fonctionne 24/24 heures au CLSC Métro.

Les motifs principaux de consultation téléphonique touchent l'information sur le test de dépistage et sur les mesures de prévention. Occasionnellement une demande peut être faite relativement à un support psychologique ou une intervention de crise.

4.5.2 Information, éducation sur les ITSS

Toutes les ÉPDITSS, sans exception, ont réalisé des interventions concernant l'information, l'éducation et le *counselling* sur les ITSS et la réduction des méfaits. Ces interventions ont eu lieu tant intra-muros qu'à proximité, sous forme de sessions de groupe ou lors de consultations individuelles (une intervention de dépistage, de vaccination, de soins cliniques de base etc.).

Counselling pré test

Le modèle d'entrevue utilisé par les « anciennes » ÉPDITSS est basé sur les guides diffusés par les autorités de santé publique (Centers for Disease Control et Santé Canada) et des fiches-questionnaires/types qui en découlent. D'une durée d'environ 30 à 45 minutes, l'entrevue initiale assure une évaluation adéquate de la situation du client (raison de consultation, facteurs de risque...) et la discussion sur les tests (indications, interprétations, limites...) les mesures de prévention. Quant au suivi post-test, les rencontres suite à un résultat négatif durent de 5 à 15 minutes, alors qu'un résultat positif peut nécessiter des interventions de 30 à 60 minutes selon les besoins de l'usager.

Sessions de groupe

Toutes les sessions de groupe ont été offertes « à proximité ». La majorité des sessions d'information de groupe ont été organisées de manière ad-hoc. Cependant, deux équipes ont offert de sessions de groupe de façon systématique une ou deux fois par mois dans un milieu :

- Le personnel psychosocial de l'ÉPDITSS d'Ahuntsic anime des « Groupes Santé Toxicomanie » dans les trois milieux de détention. Les aspects suivants sont abordés pendant ces rencontres : VIH/sida, hépatites virales et MTS ; la sexualité ; témoignage de personnes vivant avec le VIH ; la gestion du stress ; centres de réadaptation (Mélaric, Dollard Cormier) ; programmes de méthadone (Cran, Relais Méthadone) ; autres ressources (Geipsi, Stella). Durant l'année 2001-2002, un total de 24 sessions de groupe d'une durée de deux heures ont été organisées, réunissant environ 14 participants par session. De telles sessions sont tenues à toutes les quatre à six semaines dans les prisons de Bordeaux et Tanguay. À l'établissement de Rivière des Prairies seulement trois groupes ont eu lieu car il s'agissait d'une expérience pilote.
- L'ÉPDITSS du CLSC St-Michel a tenu régulièrement dans les organismes du quartier les ateliers de groupe « Parlons des vraies affaires », avec une participation de 15 à 25 personnes par groupe (au total environ 600 personnes rencontrées). Durant ces activités de groupe, les intervenants font des présentations sur divers thèmes à l'égard de la prévention des ITSS, ou de la réduction des méfaits, suivis de débats permettant aux participants de partager leur point de vue et de clarifier certains aspects.

4.5.3 Dépistage VIH

Tel que le montre le tableau 9, quatre équipes ont offert le test de dépistage de l'infection au VIH en 2001-2002. Elles ont effectué un total de 2 924 tests avec une proportion globale de positivité de 1,1 % (33 cas). On note que 89 % (2605) de ces tests ont été faits en intra-muros.

TABLEAU 9 : NOMBRE ET TAUX DE POSITIVITÉ DES TESTS DU VIH EFFECTUÉS PAR TYPE DE SITE ET PAR ÉPDITSS
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

ÉPDITSS	Intra-muros		Extra-muros		Total	
	Nb. tests	% de positivité	Nb. tests	% de positivité	Nb. tests	% de positivité
Ahuntsic						
• Tests Nominatifs	0	0 (0 %)	273	3 (1,1 %)	273	3 (1,1 %)
Des Faubourgs						
• Tests Anonymes	585	13 (2,2 %)	0	0 (0 %)	585	13 (2,2 %)
• Tests Confidentiels	817*	3 (0,3 %)	0	0 (0 %)	817	3 (0,3 %)
Métro						
• Tests Anonymes	1203	14 (1,1 %)	0	0 (0 %)	1203	14 (1,1 %)
• Tests Confidentiels	0	0 (0 %)	24	0 (0 %)	24	0 (0 %)
Plateau Mont-Royal						
• Tests Nominatifs	0	0 (0 %)	22	0 (0 %)	22	0 (0 %)
Total	2 605	30 (1,1 %)	319	3 (0,9 %)	2 924	33 (1,1 %)

Note : * il s'agit de tests VIH confidentiels seulement (n=51) et de tests VIH confidentiels accompagnés de tests MTS (n=766)

En ce qui concerne la proportion des personnes qui retournent pour avoir le résultats du test VIH, elle est de 94 % en intra-muros (équipes des Faubourgs et Métro), de 91 % en milieu carcéral et de 50 % « à proximité ».

4.5.3.1 Dépistage VIH Intra-muros

En intra-muros le service de dépistage VIH est offert par le CLSC des Faubourgs de manière anonyme ou confidentielle, et par le CLSC Métro de manière anonyme uniquement.

- **Nombre de tests VIH et d'usagers**

Pour l'année 2001-2002, ces deux ÉPDITSS ont ouvert un total de 1838 dossiers en vue d'un dépistage VIH anonyme. Suite à la rencontre de *counselling* pré-test un total de 1784 tests de VIH anonymes ont été effectués par les deux équipes et finalement 27 tests ont été positifs (1,5 %). Par ailleurs, en 1991-1992, il y a dix ans, le taux de positivité était de 1,2 % à l'ÉPDITSS des Faubourgs. Cette donnée n'est pas disponible pour le CLSC Métro. Quant au dépistage confidentiel, l'ÉPDITSS des Faubourgs a effectué un total de 817 tests, dont 3 tests ont été positifs (0,3 %). L'ÉPDITSS Métro n'a effectué aucun test confidentiel.

Le nombre de tests VIH (anonymes et confidentiels) effectués par les ÉPDITSS Métro et des Faubourgs a augmenté de 19,8% entre l'année 1999-2000 et l'année 2001-2002.

Le tableau 10 présente les nombres et les taux de positivité des test du VIH des ÉPDITSS Métro et Faubourgs, de l'ensemble des centres (laboratoires) de la région de Montréal et de l'ensemble des centres (laboratoires) de la province du Québec, pour la période 1999-2002; les données ne sont pas mutuellement exclusives. Le nombre de tests de dépistage anonymes faits par les ÉPDITSS représente une proportion assez restreinte de l'ensemble des tests de dépistage anonymes faits à Montréal, soit approximativement 1,2 %.
Il est à noter que d'autres services des CLSC peuvent aussi offrir du dépistage (pensons notamment aux cliniques jeunesse, aux services médicaux courants) et que les ÉPDITSS, tout comme les centres hospitaliers désignés pour effectuer les tests VIH qui sont localisés sur l'île de Montréal, ne desservent pas que la population de l'île de Montréal.

TABLEAU 10 : NOMBRE ET TAUX DE POSITIVITÉ DES TESTS DU VIH EFFECTUÉS PAR LES ÉPDITTS DE MONTRÉAL-CENTRE ET PAR LE PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE DIAGNOSTIC DU VIH
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

Année	Total tests effectués par les ÉPDITSS de Montréal[1]	% de positivité	Total tests effectués par les centres participants région de Montréal[2]	% de positivité	Total tests effectués par les centres participants province de Québec[3]	% de positivité
1999-2000	1631	0,9	146 560	1,13	215 723	0,95
2000-2001	1632	1,5	145 340	1,07	221 404	0,83
2001–2002	1788	1,5	142 663	0,93	225 591	0,74

[1] Il s'agit de deux équipes désignées pour le dépistage VIH anonyme (Faubourgs et Métro)
[2] Incluant les tests effectués par les EPDITSS
[3] Incluant les tests effectués par les centres localisés dans la région de Montréal

Le taux de séropositivité parmi les tests anonymes faits par les deux ÉPDITSS est demeuré à 1,5 % pendant deux ans, de 2000 à 2002, alors que le taux de séropositivité pour l'ensemble des tests effectués par les centres participants de la région de Montréal passait de 1,07 % en 2000-2001 à 0,93 % en 2001-2002. Si on soustrait les tests effectués par les ÉPDITSS de l'ensemble de tests VIH effectués à Montréal durant l'année 2001-2002, le taux de positivité pour le reste de la région de Montréal demeure presque identique, à 0,92%.

- **Âge et sexe des utilisateurs**

Plus d'hommes que de femmes consultent les services de dépistage anonyme du VIH. En 2002, 61,4 % (1130) des usagers étaient des hommes et 38,6 % (708) des femmes (tableau 11). Au CLSC des Faubourgs on enregistre une légère augmentation du nombre d'hommes utilisateurs (environ 7 % de plus en 2002 par rapport à 1999). Au niveau des deux CLSC, la clientèle du service de dépistage est majoritairement (79 %) âgée de 20 à 39 ans et d'origine canadienne (76 %), alors que les jeunes de 19 ans et moins comptent pour 5,9 %.

On note que durant les trois dernières années (1999-2002) les services de dépistage anonymes de ces deux ÉPDITSS ont été relativement peu utilisés par les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Les données du tableau 12 confirment que la clientèle est majoritairement hétérosexuelle, soit autour du 81 %, ainsi moins de 20 % de celle-ci est composée d'hommes homosexuels. Cependant, l'ÉPDITSS des Faubourgs a enregistré une plus grande proportion d'utilisateurs hommes homosexuels comparativement à celle de Métro. En effet, entre 1999-2002, la proportion d'hommes homosexuels a été

- parmi les hommes qui ont consulté : de 47,1 % à l'équipe de Faubourgs et de 19,9 % à Métro.
- parmi l'ensemble de la clientèle : de 32,9 % à l'équipe des Faubourgs et de 11,2 % à Métro.

TABLEAU 11: POPULATION UTILISANT LES SERVICES DE DÉPISTAGE ANONYME SELON LA CATÉGORIE D'ÂGE ET LE SEXE, 1999-2002
ÉPDITSS DES FAUBOURGS ET MÉTRO – Montréal – Bilan 1999-2002

Année	15-19				20-29				30-39				40-49				≥50				Inconnu				Total			
	H		F		H		F		H		F		H		F		H		F		H		F		H		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1999-2000	44	2.5	70	4.0	428	24.9	352	20.5	335	19.5	136	7.9	119	6.9	77	4.4	72	4.2	40	2.3	19	1.1	19	1.1	1018	59.4	695	40.5
2000-2001	27	1.6	45	2.6	376	22.4	330	19.7	363	21.6	147	8.7	187	11.3	106	6.3	64	3.8	26	1.5	0	0	2	0.11	1018	60.8	656	39.1
2001-2002	51	2.7	58	3.1	546	29.8	409	22.3	330	18.0	153	8.3	121	6.6	58	3.1	76	4.1	28	1.5	4	0.2	2	0.1	1126	61.4	706	38.5
Total	122	2.3	173	3.3	1340	25.6	1091	20.9	1028	19.6	436	8.3	437	8.5	241	4.6	112	2.1	94	1.8	23	0.6	23	0.6	3162	60.2	2057	39.0

Note : - 3 usagers étaient âgés de moins de 15 ans pour 1999-2002 (2 garçons et une fille) ;
- Total dossiers : 1999-2000 = 1713 ; 2000-2001 = 1674 ; 2001 -2002 = 1832 ; Total 1999-2002 = 5219

TABLEAU 12 : POPULATION UTILISANT LES SERVICES DE DÉPISTAGE ANONYME SELON LE SEXE DU PARTENAIRE DEPUIS 12 MOIS
ÉPDITSS DES FAUBOURGS ET MÉTRO – Montréal – Bilan 1999-2002

	Hommes								Femmes							
	Hommes		Femmes		Femmes et Hommes		Total dossiers		Hommes		Femmes		Femmes et Hommes		Total dossiers	
Année	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
1999-2000	290	29.4	617	62.7	57	5.7	984	100	606	94.3	10	1.5	20	3.1	642	100
2000-2001	290	29.3	612	61.8	86	8.6	989	100	571	95.1	10	1.6	19	3.1	600	100
2001-2002	354	33.1	638	59.7	74	6.9	1067	100	646	86.5	24	3.2	20	3.1	746	100
Total	**934**	**30.7**	**1867**	**61.4**	**217**	**7.1**	**3040**	**100**	**1823**	**91.7**	**44**	**2.2**	**59**	**2.9**	**1988**	**100**

- **Principal facteur de risque déterminé par l'intervenant pour expliquer l'utilisation du service, en 2001-2002**

Le tableau 13 présente le principal facteur de risque déterminé par l'intervenant pour expliquer l'utilisation du service de dépistage anonyme en 2001-2002, dans les deux CLSC. L'activité hétérosexuelle avec pénétration constitue le principal facteur de risque (51,3 %) alors que l'activité homosexuelle avec pénétration non -protégée constitue 10,7 % de facteurs (20,7 % au CLSC des Faubourgs, dont 50 % de la population masculine est HARSAH, et 6,8 % au CLSC Métro). Le partage de matériel pour consommation de drogue et le fait d'être originaire d'un pays endémique représentent 0,6 % et 0,09 % respectivement. Dans la catégorie "autre facteurs de risque" (29 %) on retrouve de raisons telles que : test à la demande du partenaire, test à la suggestion du médecin, exposition accidentelle ou professionnelle, grossesse planifiée ou en cours, tatouage ou perçage, notifié d'une exposition potentielle par le PNP-VIH, condom brisé etc.

TABLEAU 13 : POPULATION UTILISANT LES SERVICES DE DÉPISTAGE VIH ANONYME SELON LA PRINCIPALE CATÉGORIE DE RISQUE DÉTERMINÉE PAR L'INTERVENANT ÉPDITSS DES FAUBOURGS ET MÉTRO – Montréal – Bilan 1999-2002

Facteurs de risque	ÉPDITSS Métro		ÉPDITSS des Faubourgs		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Activité hétérosexuelle avec pénétration non-protégée	807	53,4	287	46,1	1094	51,3
Activité homosexuelle avec pénétration non-protégée	104	6,8	125	20,0	229	10,7
Activité homosexuelle avec pénétration non-protégée et partage de matériel d'injection	4	0,2	42	6,7	46	2,1
Partage de matériel d'injection pour consommation de drogue	6	0,3	8	1,2	14	0,6
Partage de matériel d'injection pour utilisation de stéroïdes	0	0	0	0	0	0
Hémophilie/transfusion sanguine avant 1985	0	0	2	0,3	2	0,09
Originaire d'un pays endémique	0	0	2	0,3	2	0,09
Autre	480	31,8	136	21,9	616	29
Aucun facteur de risque	105	6,9	19	3,0	124	5,8
Données manquantes	3	0,1	1	0,1	4	0,2
Total	1509	100	622	100	2131	100

- **Principale raison exprimée par le client pour demander un test anti -VIH anonyme, 2001-2002**

Le tableau 14 montre pour chaque ÉPDITSS ayant effectué le dépistage anonyme du VIH, quelles sont les principales raisons des clients pour demander ce test, au cours de l'année 2001-2002. Dans l'ensemble, il ressort que les comportements à risque (62,5 %) occupent la première place parmi ces raisons, la catégorie "autres" raisons (20,0 %) vient en deuxième position, et le "nouveau couple (14,8 %) se place en troisième position.

TABLEAU 14 : POPULATION UTILISANT LES SERVICES DE DÉPISTAGE VIH ANONYME SELON LA PRINCIPALE RAISON EXPRIMÉE PAR LE CLIENT POUR DEMANDER UN TEST ANTI-VIH ANONYME
ÉPDITSS DES FAUBOURGS ET MÉTRO – Montréal – Bilan 1999-2002

Principale raison	ÉPDITSS Métro		ÉPDITSS des Faubourgs		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Comportements à risque	1695	65,1	286	50,6	1981	62,5
Nouveau couple	311	11,9	158	27,9	469	14,8
Antécédents de MTS	19	0,7	0	0	19	0,6
Désir de grossesse ou grossesse en cours	18	0,6	1	0,1	19	0,6
Exposition accidentelle au VIH en milieu de travail	12	0,46	2	0,3	14	0,44
Agression sexuelle	10	0,3	4	0,7	14	0,44
Présence de symptômes	3	0,11	0	0	3	0,09
Vécu en région endémique	0	0	7	1,2	7	0,22
Autres	529	20,3	105	18,5	634	20,0
Données manquantes	3	0,11	2	0,3	5	1,3
Total	2600	100	565	100	3165	100

Par ailleurs, les données provenant d'un questionnaire interne du CLSC Métro montrent que pour l'année 2001-2002, les principales raisons de demander un test de dépistage anonyme pour les personnes séropositives sont : la relation sexuelle non protégée (60 %) et la suggestion du médecin (20 %). Alors que, pour la clientèle séronégative les principales raisons d'intervention sont : la relation sexuelle non-protégée (54,4 %), la nouvelle relation (14,1 %) et le test à la demande du partenaire (4 %).

- **Importance de l'anonymat**

La proportion d'usagers qui trouvent que l'anonymat est un aspect important dans le fait de recourir au service est de 92 % au CLSC Métro et de 93 % au CLSC des Faubourgs. De plus, au CLSC Métro ce pourcentage augmente d'année en année, passant de 68 % en 1999-2000 à 92 % en 2001-2002.

- **Tests de dépistage VIH effectués antérieurement**

En 2001-2002, 67,2 % des usagers du service de dépistage anonyme du CLSC des Faubourgs avaient déjà été testés dans le passé pour le VIH comparativement à 56,8 % en 1999-2000, alors qu'au CLSC Métro 38,5 % d'entre eux avait déjà subi ce test comparativement à 52,1 % en 1999-2000. En somme, depuis le dépôt du cadre de références (1999), plus de 50 % des utilisateurs des services de dépistage anonyme des deux ÉPDITSS ont déjà eu un test anti-VIH (tableau 15). Parmi ces clients, moins de 0,5 % ont eu un diagnostique de séropositivité dans le passé.

TABLEAU 15 : POPULATION UTILISANT LES SERVICES DE DÉPISTAGE VIH ANONYME SELON LES TESTS DE DÉPISTAGE EFFECTUÉS ANTÉRIEUREMENT ÉPDITSS DES FAUBOURGS ET MÉTRO – Montréal – Bilan 1999-2002

Année	Test antérieur								Aucun test		Inconnu		Total dossiers	
	Nb de tests effectués		Résultats											
			Positif		Négatifs		Inconnu							
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1999-2000	920	53.7	2	0.11	871	50.8	47	2.7	728	42.4	65	3.7	1713	100
2000-2001	900	53.7	15	0.8	884	52.8	1	0.05	636	37.9	138	8.2	1674	100
2001-2002	876	47.6	5	0.2	1622	88.2	21	1.1	848	46.1	9	0.4	1838	100
Total	**2696**	**51.5**	**22**	**0.4**	**3377**	**64.6**	**69**	**1.3**	**2212**	**42.3**	**212**	**4.0**	**5225**	100

- **Suivis offerts suite à un dépistage anonyme**

Au moment de la rencontre post-test, les intervenants des deux ÉPDITSS réfèrent les clients dont le résultat est positif et quelques autres personnes à haut risque vers des professionnels pour un suivi psychosocial, médical ou autre, à l'intérieur ou à l'extérieur du CLSC selon le cas (tableau 16). Pour la période 1999 - 2002, on note qu'en moyenne 65,5% des suivis psychosociaux et 57,9% des suivis médicaux ont été faits à l'interne, des proportions qui ont décru en 2001-2002.

TABLEAU 16 : POPULATION UTILISANT LES SERVICES DE DÉPISTAGE VIH ANONYME ET SUIVIS OFFERTS ÉPDITSS MÉTRO ET DES FAUBOURGS – Montréal – Bilan 1999-2002

Année	Nombre de suivi						Tests positifs	Total dossiers
	Psychosociaux			Médicaux				
	Total	Interne	Externe	Total	Interne	Externe	Nb	Nb
1999-2000	58	26	32	24	22	2	13	1713
2000-2001	79	78	1	21	18	3	26	1674
2001-2002	54	21	33	31	4	27	27	1838
Total	191	125	65	76	44	32	66	5225

4.5.3.2 Dépistage VIH Extra-muros

Trois ÉPDITSS ont offert le dépistage de l'infection au VIH extra-muros ou « à proximité » : l'équipe du CLSC Ahuntsic (en milieu carcéral), l'équipe du CLSC du Plateau Mont-Royal (à la clinique du Café Ketch) et l'équipe du CLSC Métro (au Centre Amitié Autochtone de Montréal).

En milieu carcéral, pour la période avril 2001 mars 2002, 273 tests VIH ont été effectués dont 3 se sont avéré positifs (1/84 à Tanguay, 1/82 à Bordeaux et 1/107 à Rivière-des-Prairies). Au Café Le Ketch, le nombre de tests VIH effectués est de 22 et aucun test n'a été positif. Au Centre Amitié autochtone, 24 tests VIH ont été effectués et aucun test n'a été positif. Au total 319 tests de dépistage du VIH ont été effectués à proximité avec un taux de positivité de 0,9 % (3 cas). On note que le pourcentage de positivité à proximité est plus bas que le pourcentage de positivité en intra-muros.

4.5.4 Dépistage ITSS (autres que le VIH)

Trois ÉPDITSS sur neuf ont effectué des tests de dépistage ITSS autres que le VIH (chlamydiose, infection gonococcique, syphilis, hépatites A, B, et C) : Faubourgs, Plateau Mont-Royal et Ahuntsic.

Entre le 01-04-2002 et le 31-03-2003, les taux de positivité observés pour la chlamydiose et l'infection gonococcique parmi l'ensemble des tests sur prélèvement urinaire effectués par les ÉPDITTS ont été respectivement de 2,2 % et de 0,58 %, la plus grande partie de ces tests ont été effectués par une seule ÉPITSS (celle des Faubourgs) et chez des HARSAH.

4.5.4.1 Dépistage ITSS intra-muros

L'équipe du CLSC des Faubourgs a effectué en intra-muros 1247 tests. Parmi ces tests 53 ont été positifs : 7 gonococcie, 27 chlamydia, 1 syphilis, 4 hépatites B et 14 hépatites C. Les pourcentages de positivité pour chaque infection sont impossibles à calculer car le nombre de tests effectués pour chaque ITSS n'est pas connu.

4.5.4.2 Dépistage ITSS extra-muros

L'ÉPDITSS du CLSC Plateau a effectué au « Café Le Ketch » les tests suivants : 11 dépistages syphilis, 23 dépistages des hépatites A/B/C et 20 dépistages chlamydia-gono. Parmi ces tests, un seul test d'hépatite C a été positif.

En milieu carcéral, en plus du dépistage VIH, l'équipe Ahuntsic a effectué le dépistage de l'hépatite B et de l'hépatite C. Des données ont été collectées dans un des trois établissements de détention (EDM) pour la période janvier 2001 à décembre 2001, afin de rendre compte des tests de dépistage réalisés pendant une année entière de présence de l'infirmière. Ces données ont été complétées avec celles correspondant à six mois de l'année 2002 (juin 2002 en décembre 2002) période qui correspond au retour du congé maladie de l'infirmière, dans le même milieu. Le tableau 17 présente les résultats obtenus.

- Pour l'année entière 2001-2002, 129 personnes ont eu un test de dépistage pour les hépatites virales B et/ou C. De ce nombre 40 (31 %) avait eu un résultat positif pour le test des Ani-HBs et 43 (33,3 %) avait eu un résultat positif pour les anti-HCV.

- Pour la période de juin 2002 à décembre 2002, 93 personnes ont eu un test de dépistage des hépatites B et C, et on observe une légère augmentation des cas positifs pour les Anti-HBs, 43 (46,2 %), et une diminution des cas positifs pour les Anti-HCV, 28 (30,1 %).
- Au total pour les deux périodes, 222 tests des marqueurs des hépatites B et C ont été effectués. Parmi ces tests, il y a eu 83 (37,3 %) tests positifs pour les Anti-HBs (dont 2 cas étaient déjà connus, et 71 (31,9 %) tests positifs pour les anti-HVC (dont 35 cas été déjà connus).

TABLEAU 17: DÉPISTAGE DES HÉPATITES B ET C À L'ÉTABLISSEMENT DE DÉTENTION DE MONTRÉAL, 2001-2002

Test	Janv. 2001 - Déc. 2001 129 personnes testées			Juin 2002 - Déc. 2002 93 personnes testées			Total 222 personnes testées		
	Cas positifs déjà connus	Cas positifs non déjà connus	Total cas positifs	Cas positifs déjà connus	Cas positifs non déjà connus	Total cas positifs	Cas positifs déjà connus	Cas positifs non déjà connus	Total cas positifs
Anti-HBs	1	39	40	1	42	43	2	81	83
Anti – HCV	20	23	43	15	13	28	35	36	71

Pour cette période de dix-huit mois (entre janvier 2001 et décembre 2002), parmi les 71 personnes ayant un test positif pour les anti-HVC, 29 % (21) avaient également un test positif pour les anti-HBs, 15 % (11) avaient un test positif pour le VIH et 69 % (49) étaient des utilisateurs de drogues par injection.

En ce qui concerne le suivi des 71 personnes avec un test positif pour les anti-HCV, 70,4 % (50) ont été vues par un médecin, 64,7 % (46) ont eu un dosage des enzymes hépatiques et 4,2 % (3) ont débuté un traitement au Rebetron.

4.5.5 Notification aux partenaires

Relativement peu de cas d'ITSSS ont été détectés par les activités de dépistage des équipes. Celles-ci ne semblent pas avoir mis en place des procédures pour un accompagnement systématique de la démarche de notification aux partenaires de cas d'infection au VIH, de chlamydiose ou encore d'hépatite C. À l'occasion, des cas d'infection au VIH ont été référés à l'équipe de notification "VIH-AVIS" du CLSC Métro, ou des cas d'ITS bactériennes ont été référés à l'équipe NoPa de la DSP (équipe de soutien à la notification aux partenaires de la DSP).

4.5.6 Vaccination contre les hépatites A et B

Dans le cadre du projet régional de vaccination contre les hépatites A et B auprès des populations vulnérables les équipes ont administré environ 5 628 doses de vaccins entre octobre 2001 et décembre 2002, dont 89 % ont été administrées en extra-muros.

4.5.6.1 Vaccination contre les hépatites A et B intra-muros

L'équipe du CLSC des Faubourgs a offert la vaccination contre les hépatites A et B intra-muros sur une base individuelle aux personnes se présentant pour un dépistage, ainsi entre le 1er avril 2001 et le 31 mars 2002, 610 doses ont été administrées à 597 usagers (HARSAH pour la plupart). De plus, entre octobre 2001 et décembre 2002, 11 doses de vaccin ont administrées en intra-muros par les ÉPDITSS du Plateau et Rosemont.

4.5.6.2 Vaccination contre les hépatites A et B extra-muros

Environ 5 007 doses soit 89 % des doses administrées par les ÉPDITSS l'ont été « à proximité », dans un total d'environ 39 établissements et organismes communautaires, le plus souvent dans le cadre de sessions de vaccination de groupe (octobre 2001-decembre 2002).

Voici la distribution des vaccins administrés selon la nature de la population vulnérable : 33,5 % (1883) des vaccins administrées par les ÉPDITSS l'ont été à la population carcérale, 29,8 % (1676) à la population haïtienne, 14,5 % (816) aux jeunes en difficulté (de la rue, décrocheurs), 16,2 % (299) aux HARSAH, 3,7 % (202) aux UDI, 1,4 % (76) aux autochtones et 0,4 % (21) aux femmes en situation à haut risque (18 toxicomanes et 3 prostituées) (tableau 18). L'information sur la population vulnérable est le plus souvent déduite simplement à partir de la nature de l'organismes ou de l'établissement où avait lieu la session de vaccination.

TABLEAU 18 : VACCINATION CONTRE LES HÉPATITES A ET B ADMINISTRÉS PAR LES ÉPDITSS SELON LA POPULATION CIBLE, OCTOBRE 2001 - DÉCEMBRE-2002
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

Population	Nb de doses de vaccin	Pourcentage
Population carcérale	1883	33,5
Population haïtienne	1676	29,8
Jeunes en difficulté	816	14,5
HARSAH	909	16,2
UDI	202	3,7
Population autochtone	76	1,4
Femmes en situation à haut risque	21	0,4
Total	**5 628**	**100%**

4.5.7 Références vers d'autres services ou professionnels

Dans l'ensemble on note que les équipes ont fait très peu de références vers d'autres services ou professionnels de la santé. En effet, les infirmières ont rapporté qu'environ une dizaine de personnes par années ont été référées vers un autre professionnel (en indiquant spécifiquement le nom de ce dernier et éventuellement en remettant un papier). Le plus souvent, devant des clients avec des problèmes auxquels elles ne pouvaient pas répondre immédiatement à proximité, les infirmières ont effectué des orientations vers un service ou une autre ressource (ont recommandé ou indiqué au client

d'aller vers une ressource). Par ailleurs, on estime qu'environ quinze personnes rencontrées à proximité, par année et par équipe, ont été référées à l'infirmière - même (autoréférence) au CLSC. Un seul accompagnement (le client a été accompagné physiquement à un service ou à une ressource du réseau) a été effectué par une infirmière pour un jeune de la rue qui avait subi une intervention chirurgicale.

Il ne serait pas toujours utile de faire des références formelles au moment d'une rencontre de proximité, car les clients ne respectent pas les rendez-vous à moins que la douleur physique ou psychologique soit aiguë.

4.5.8 Contraception

Quelques infirmières (Petite Patrie, Villeray, Rosemont et Plateau Mont-Royal) ont administré des contraceptifs ou la PDL (pilule du lendemain) pendant leurs activités au CLSC à des clientes qu'elles avaient rencontrées préalablement à proximité (rue, organisme communautaire, école de décrocheurs etc.). Il s'agissait en général des clientes autoréférées. Le nombre exact de ces interventions n'a pas pu être documenté.

4.5.9 Soins cliniques de base

Des soins cliniques de base (464 interventions) ont été prodigués par les infirmières qui avaient un mandat auprès de jeunes de la rue ou des UDI, particulièrement les ÉPDITSS des CLSC Plateau Mont- Royal et Hochelaga Maisonneuve. Les infirmières rapportent avoir été amenées à dispenser ces services dans les différents organismes communautaires, dans les parcs, dans les piqueries ou piaules, et même à domicile. La plupart des jeunes de la rue présentent des problèmes de pieds qui varient en importance de légers à sérieux, nécessitant des soins allant du simple bain aux soins de pieds plus spécifiques. Enfin, plusieurs clients ont eu besoin des soins de plaies.

4.5.10 Distribution de matériel de protection

Par matériel de protection ont entend des condoms, des seringues ou du matériel d'injection et de l'eau de javel, qui ont été distribués soit en intra muros ou en extra muros.

En intra-muros, les infirmières de 3 ÉPDITSS ont distribué des seringues sur une base régulière, dans le cadre du programme d'échange de seringues rattaché au programme des services courants de leur CLSC. Plus spécifiquement, les infirmières des ÉPDITSS et les infirmières du programme des services courants assuraient à tour de rôle la distribution des seringues. Par ailleurs, selon les chiffres du programme de monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection, au total six CLSC parmi les neuf désignés ont distribué un total de 22 459 seringues durant la période avril 2000 à mars 2002 (Morissette et Leclerc, 2003).

À proximité, les infirmières ont distribué à l'occasion du matériel de protection pendant leurs interventions au niveau des différents sites. Elles emportaient dans leurs trousses quelques condoms, seringues, tampons d'alcool ou bouteilles d'eau stérile, au cas où un client en aurait besoin. Les

chiffres concernant des condoms, des seringues ou d'autres matériels qui ont été distribués de cette façon ne sont pas disponibles.

En milieu carcéral, le « Groupe Santé Toxicomanie » demeure le principal lieu de distribution des condoms. En général 40- 50 condoms sont distribués par groupe. À Rivière-des-Prairies et Bordeaux, où les condoms sont disponibles à la cantine, il s'en remet entre 10 à 15 par semaine. À la Maison Tanguay, les condoms sont aussi remis par les infirmières du Service de santé. Les condoms sont également disponibles lors des interventions individuelles des infirmières ou des ARH. Les intervenantes ont sensibilisé plus particulièrement le personnel du secteur de santé mentale à l'importance de rendre les condoms accessibles. Le nombre exact de condoms distribués n'est pas connu. L'eau de javel est disponible dans les trois milieux de détention : à l'Établissement de détention de Montréal (Bordeaux) et à Tanguay, dans les secteurs pour l'entretien ménager ; à Rivière-des-Prairies, la cantine remet des fioles d'environ 70 ml sur demande (selon le cantinier, environ 100 fioles par semaine).

4.5.11 Distribution de matériel éducatif

Les équipes ont distribué du matériel éducatif au besoin. Il s'agit généralement des dépliants ou pamphlets provenant de la DSP ou RRSSS de Montréal concernant des informations sur les modes de transmission et la prévention des ITSS, ou l'approche de réduction des méfaits. Certaines ÉPDITSS ont distribué du matériel éducatif lors des tournées, campagnes, et kiosques d'information de promotion et sensibilisation organisées au niveau de la rue, commerces du quartier, écoles etc.

4.5.12 Consultations psychosociales

Durant l'année 2001-2002, les intervenants psychosociaux des équipes ont rencontré plus de 650 clients différents et ont effectué environ 4932 interventions, dont 69 % ont été réalisées en intra-muros (tableau 19). Cependant, ces nombres sont sous-estimés car l'équipe Métro dispose seulement du nombre de nouveaux clients, et l'équipe St-Michel ne connaît pas le nombre exact d'interventions. Ces services psychosociaux ont été offerts par cinq équipes : Des Faubourgs, Métro, Ahuntsic, St-Michel, Villeray (projet pilote d'assignation d'une travailleuse sociale pendant 12 semaines à l'école Ste-Croix).

TABLEAU 19 : INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES, 2001 – 2002
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

ÉPDITSS	Intra-muros		Extra- muros		Total	
	Nb de clients	Nb interventions	Nb de clients	Nb interventions	Nb de clients	Nb interventions
Ahuntsic	0	0	202	1386	202	1386
Faubourgs	330	2764	0	0	330	2764
Métro	41[1]	643	0	0	41[1]	643
St-Michel	20	inconnu	0	0	20	inconnu
Villeray	0	0	57	139	57	139
Total	**(391)**	**(3407)**	**259**	**1525**	**(650)**	**(4932)**

[1] Il s'agit seulement des nouveaux clients, l'intervenante a également suivi des anciens clients cependant leur nombre n'est pas connu, par ailleurs le nombre d'interventions est exact et concerne tant les nouveaux que les anciens clients.

4.5.12.1 Consultations psychosociales intra muros

En intra-muros l'équipe des Faubourgs a rencontré 330 cas et a effectué 2 764 interventions, et l'équipe de Métro a rencontré 41 nouveaux cas et a effectué 643 interventions (pour les anciens et les nouveaux cas). Les services psychosociaux consistent en un suivi individuel aux personnes séropositives ou à leurs proches, incluant le suivi thérapeutique individuel, conjugal, familial, à court et à moyen terme (il pourra aussi s'agir de rencontres sporadiques, au besoin, réparties sur des années). Les motifs de consultation peuvent toucher l'adaptation au diagnostic, les problèmes de désorganisation sociale, les troubles de la personnalité et de santé mentale, l'estime de soi, la relation avec le conjoint ou les pairs, la violence ou l'abus antérieur, la toxicomanie, l'approche de la réduction des méfaits, etc. Le nombre de rencontres est très variable et dépend du problème présenté. Ces services sont offerts à la population du territoire ainsi que sous une base sous régionale, notamment par le lien avec les cliniques privées. Il est à noter qu'une des équipes assure le suivi aux personnes à domicile afin d'assurer une continuité de services à la clientèle.

La provenance des demandes, pour une des deux « anciennes » équipes est d'environ 20 % du territoire et 80 % hors territoire; de ces demandes, 25 % proviennent de la clinique privée à laquelle est associé le CLSC. Pour l'autre équipe, 47 % des demandes proviennent des cliniques privées et 4 % de centres hospitaliers.

Rencontres de groupe pour les personnes infectées par le VIH

Un psychologue de l'ÉPDITSS des Faubourgs a mis sur pied, en collaboration avec l'infirmier de l'organisme CPAVIH, un programme de 8 sessions de rencontres à l'intention de personnes infectées par le VIH qui ont appris depuis relativement peu de temps leur statut de séropositivité. Les thèmes abordés sont : introduction au VIH, impact psychologique pour soi (vision de soi-même, dépression, colère...), aspects psychosociaux (moi et les autres : sexualité, famille, travail...), relation avec son médecin, médication, nutrition, aspects légaux, ressources diverses). Les groupes comprennent un maximum de 12 participants. Les rencontres ont lieu en soirée, au CLSC des Faubourgs. Le premier cycle de rencontres a débuté en février 2003; en septembre 2003, on en était au milieu d'un troisième cycle. Bien que la majorité des participants soient des HARSAH, des hommes et des femmes hétérosexuelles (dont une personne d'origine haïtienne) se sont également joints. Jusqu'à 25% des participants résideraient à l'extérieur de l'île de Montréal. On envisage la mise sur pied de rencontres de suivi (entraide et partage) pour ceux qui auraient complété le cycle initial de 8 rencontres.(M. Danny Leblond, communication personnelle, septembre 1003).

Services psychosociaux à la population haïtienne

Concentrés au CLSC St-Michel, les services psychosociaux à la population haïtienne avaient été développés originalement suite à l'identification d'une problématique importante de transmission du VIH mère-enfant sur le territoire. Cependant, le CLSC St-Michel avait aussi pour mandat de répondre aux demandes des autres territoires du DSC Sacré-Coeur et d'assurer une présence à la clinique de l'Hôpital Ste-Justine. Ces services étaient assurés par une travailleuse sociale haïtienne à temps plein qui maîtrisait la langue créole. Cette intervenante n'a été disponible que 5 mois durant la période

2001-2002. Le nombre de cas à l'époque variait entre 8 à 10 cas impliquant environ une vingtaine de personnes (réseau familial et enfants). Pendant l'absence de l'intervenante, le soutien aux familles dont la mère ou un enfant est infecté a été pris en charge par le Centre materno-infantile de l'Hôpital Ste-Justine.

À partir de février 2002, une nouvelle intervenante (TS) du CLSC a repris progressivement l'accompagnement de ces cas, et actuellement elle suit 27 cas et le nombre continu d'augmenter, avec un nombre total de 59 usagers (enfants et réseau immédiat impliqués dans le cas). Afin de réaliser l'actualisation de son mandat, la travailleuse sociale partage son temps en fonction des quatre volets suivants :

- entrevues individuelles (téléphoniques ou à domicile) et intervention auprès du réseau de la personne (3 jours/semaine)
- présence à la clinique de l'Hôpital Ste-Justine (1 jour/semaine)
- rencontres avec les organismes ou acteurs du milieu (1 jour/semaine), depuis l'automne, l'intervenante psychosociale et l'infirmière de l'ÉPDITSS ont commencé à travailler davantage ensemble.
- formation ou perfectionnement ; lien avec les autres services du CLSC, etc. (au besoin).

Observations :

- La culture haïtienne présente certaines caractéristiques quant à son attitude vis-à-vis le sida. Notamment, la présence très importante du déni de la maladie, du secret et du tabou, ce qui rend très difficile le dévoilement au conjoint ainsi que l'adaptation au diagnostic. En ce sens l'intervention nécessite souvent un long suivi et de maintes démarches avant de permettre l'atteinte des objectifs.
- Les démarches auprès de la personne atteinte sont rarement limitées aux seules rencontres avec la personne, notamment dû à la présence de nombreux enfants. De plus, compte tenu de la culture de "grande famille" de la population haïtienne, les interventions impliquent généralement le réseau élargi de la personne. Ainsi les interventions peuvent, en moyenne, impliquer des actions auprès de trois personnes et plus.
- La clientèle présente souvent des problèmes autres que le sida : faible revenu, violence, toxicomanie, problèmes avec la justice, situation de parrainage (immigration).
- En plus de soutenir les organismes communautaires, l'intervenante psychosociale travaille avec l'infirmière dans une démarche de sensibilisation des pasteurs à la problématique du sida.

4.5.12.2 Consultations psychosociale extra-muros

Consultations psychosociales en milieu carcéral

Au total 1 386 interventions pour 202 clients ont été réalisées dans les trois établissements de détention, donc le ratio d'intervention /client est de 6,8. En effet, parmi les clients rencontrés, 30 ont bénéficié de plus de 15 interventions, et 11 clients ont bénéficié de plus de 25 interventions. Ceci s'explique entre autres, par la longueur de la sentence, par l'ensemble des problématiques auxquelles

la personne incarcérée doit faire face et par plusieurs incarcérations au cours de la même année. Les porteurs d'anti-HCV dont le cas est considéré problématique sont référés aux intervenants psychosociaux de l'ÉPDITSS, de même que les clients VIH positifs qui ont de la difficulté à composer avec ce diagnostic.

Observations de l'équipe :

- Vingt-deux clients bénéficient d'un programme de maintien à la méthadone, ce qui confirme l'augmentation des consommateurs d'héroïne et la nécessité d'un suivi psychosocial spécifique à cette clientèle.
- On note une augmentation du nombre de consommateurs de « speed ball » (héroïne/cocaïne injectées ensemble).
- L'alcool demeure la dépendance qui, selon les clients, est la plus tenace.
- L'ensemble des clients a déjà subi de la violence physique et sexuelle.

Consultations psychosociales dans une école de « raccrocheurs »

L'équipe du CLSC Villeray a expérimenté un projet pilote de soutien psychosocial dans une école de décrocheurs. Une travailleuse sociale y a été présente pendant 12 semaines à raison de 2 jours semaine. Au total elle a rencontré 57 jeunes âgés en moyenne de 21 ans qui ont bénéficié de 139 interventions individuelles. Compte tenu du contexte multiculturel, les interventions ont été dispensées en français, en anglais ou en espagnol. Les principales raisons de consultation étaient : les relations amoureuses ; la sexualité, la contraception, le corps, les difficultés relationnelles, les idées noires, les problèmes reliés au choc culturel, les tracas socio-économiques. Ces interventions ont permis d'identifier des fortes prévalences d'isolement, de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété et de conduites suicidaires. Selon la travailleuse sociale : « Silencieux, tapageurs ou turbulents, les jeunes ont besoin qu'on leur démontre qu'ils ont une place réelle dans notre société ».

4.5.13 Intervention en nutrition

Le service de soutien en nutrition est offert seulement par l'équipe du CLSC des Faubourgs, en intra-muros. La majorité des clients qui utilisent ce service sont des personnes vivant avec le VIH-Sida. Deux nutritionnistes, dont une à temps plein et une à 2 jours semaine, sont disponibles pour servir cette population. Seuls les clients résidant à Montréal et n'ayant pas été hospitalisés ont accès au service.

Si au début de la pandémie du sida (1989), l'objectif des consultations était de répondre davantage à des besoins d'information, afin d'améliorer la consommation alimentaire, aujourd'hui la problématique nutritionnelle a évolué avec la maladie. Ainsi, les principales raisons de consultation sont les troubles gastro-intestinaux, la perte de poids, la difficulté à s'alimenter, les troubles métaboliques, le cholestérol, le diabète et l'ostéoporose. Ces problèmes sont liés aux effets secondaires de la médication. Des relances téléphoniques sont effectuées pour vérifier l'évolution de l'état de santé du client et éviter d'autres consultations en situation d'urgence. Les nutritionnistes travaillent en concertation clinique avec les médecins traitants et surtout avec les intervenants psychosociaux, car les difficultés psychologiques interfèrent avec l'alimentation. Au cours de l'année

2001-2002, le service de nutrition a été utilisé par 194 personnes, qui ont bénéficié de 700 interventions (ratio = 3,6 interventions par personne).

*****

Les tableaux 20 et 21 résument les données quantitatives concernant les services dispensés par les neuf équipes de prévention durant la période 2001-2002.

TABLEAU 20 : SYNTHÈSE DES SERVICES DISPENSÉS PAR LES ÉPDITSS, 2001 –2002
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

TYPE DE SERVICE	Nb ÉPDITSS	Contexte	ÉPDITSS / contexte	EXTRANTS
Ligne téléphonique d'information/orientation	2	Intra-muros	2	• Faubourgs : le nombre d'appels n'est pas connu ; appels continus durant la période du service : 10 heures par semaine par une équipe • Métro : message préenregistré avec des informations sur le service de dépistage VIH, mais les intervenants ne peuvent pas être rejoints.
Éducation à la santé	9	Intra-muros	9	Lors des rencontres individuelles et du *counselling* pré-test et post-test
		Proximité	9	Sessions individuelles : Nb. non-déterminé Sessions de groupe : • ad-hoc : jeunes de la rue, UDI, HARSAH - environ 10 sessions, Nb de participants : nd • planifiées : population haïtienne - 30 sessions, 547 participants • planifiées : population carcérale - 24 sessions, 336 participants
Dépistage VIH Anonyme	2	Intra-muros	2	Nb tests effectués =1788; Proportion de positivité = 1,5% (27 / 1788)
Dépistage VIH confidentiel	4	Intra-muros	1	Nb tests effectués =817; Proportion positivité = 0,36 % (3/ 817)
		Proximité	3	Nb test effectués =319; Proportion positivité = 0,9 % (3/ 319)
Dépistage ITS	2	Intra-muros	1	Nb. de tests effectués pour chaque ITS[1] : non - déterminé Nb. de tests positifs : Syphilis =1 ; Gonococcie = 7 ; Chlamydiose = 27
		Proximité	1	Nb. de tests effectués = 31 (chlamydia- gonococcie = 20 ; syphilis = 11) Proportion de positivité : chlamydia - gonococcie = 0 % ; syphilis= 0 %
Dépistage Hépatites B et C	3	Intra-muros	1	Nb. de tests effectués pour chaque hépatite[1]= non-déterminé Nb de tests positifs : Hépatite B = 4 ; Hépatite C =14
		Proximité	2	Café Le Kecth : Nb. de tests effectués pour chaque hépatite = non-déterminé Nb de tests effectués pour les VHB et VHC = 23 Nb de tests positifs : VHC=1 Milieu carcéral (EDM) : Nb tests VHB = 129 ; Proportion de positivité = 31 % (40) Nb tests VHC = 129 ; Proportion de positivité = 33.3 % (43)
Notification aux partenaires	0	s.o	0	Les équipes ne semblent pas avoir mis en place des procédures pour un accompagnement systématique, de la démarche de notification aux partenaires de cas d'infection au VIH, de chlamydiose ou encore d'hépatite C.
Vaccination hépatites A/B	9	Intra-muros	4	Nombre de doses = 621
		Proximité	9	Nombre de doses = 5007 (période octobre 2001-décembre 2002)

TYPE DE SERVICE	Nb ÉPDITSS	Contexte	ÉPDITSS / contexte	EXTRANTS
Consultation infirmière Soins cliniques de base	3	Proximité	3	Nb. consultations individuelles = 464 (Plateau=380 ; Hochelaga Maisonneuve=84; Rosemont= nd.)
Distribution de condoms	n.d.	Intra-muros	3	616 condoms par une seule équipe ; Nb. non disponible par les autres équipes, apparaît peu élevé
		Proximité	n.d	Nb. non-déterminé, en général peu élevé, exception en milieu carcéral (quelques centaines)
Distribution de seringues	n.d.	Intra-muros	3	Dans le cadre du centre de distribution-récupération du CLSC [1]
		Proximité	n.d	Nb. non-disponible, à l'occasion surtout par les infirmières ayant intervenu dans la « rue »
Consultations psychosociales	5	Intra-muros	3	Nb. total d'interventions= 3407 Faubourgs : 330 clients, 2764 interventions, ratio intervention /client : 8,4 Métro : 41 nouveaux clients, Nb. d'anciens clients : nd) 643 interventions, ratio intervention /client : impossible à calculer St-Michel : 10 cas familiaux impliquant 20 personnes, nb. d'interventions : nd
		Proximité	2	Nb. total d'interventions= 1525 (Ahuntsic= 1386; Villeray= 139) Nb. total clients=259 cas (Ahuntsic= 202 ; Villeray= 57) Ratio d'intervention/ client : Villeray[2]= 2,4 ; Ahuntsic= 6,7
Consultations nutrition	1	Intra-muros	1	Nb. total clients= 194 ; Nb. d'interventions = 700 ; Ratio d'intervention/ client = 3,6

[1] Total tests ITS (chlamydia, gonococcie, syphilis) et hépatites faits par l'équipe du CLSC des Faubourgs=1247, le nombre spécifique de tests pour chaque infection n'est pas disponible.
[2] Six CLSC parmi les 9 ont un programme d'échange de seringues et ont distribué environ 22 459 seringues.
[3] Le CLSC Villeray a offert du soutien psychosocial pendant neuf semaines dans une école de raccrocheurs dans le cadre d'un projet pilote.

TABLEAU 21 : SYNTHÈSE DES RESSOURCES ET DES SERVICES DISPENSÉS PAR LES ÉPDITSS SELON LA POPULATION VULNÉRABLES, 2001-2002
ÉPDITSS – Montréal – Bilan 1999-2002

Population vulnérable[1] Effectif %de la population de Montréal	Nb ÉPDITSS % budget	Nb de milieux explorés		Dépistage VIH	Dépistage autres ITS[3]	Vaccination contre les hépatites A et B	Intervention psychosociale
		partenaires	non-partenaires				
Personnes qui s'injectent des drogues Environ 12 000 personnes 0,8 % des plus de 15 ans	5 ÉPDITSS 12,2 %	7 org.	6 org.	Intra : 60 Prox. : 0 Total : 60 (2 %)	Intra : n.d. Prox. : 0 Total : n.d.	Intra : 11 Prox. : 202 Total = 213 (3,7%)	Intra : 18 Prox. : 0 Total = 18 (0,3 %)
Jeunes de la rue Environ 5 000 jeunes 2,3 % des 15 à 24 ans		5 org. 4 écoles	20 org. 2 écoles	Intra : 5 Prox. : 22 Total : 27 (0,9%)	Intra : n.d. Prox. : 54 Total : n.d.	Intra : 0 Prox. : 816 Total = 816 (14,5 %)	Intra : 10 Prox. : 139 Total = 149 (2,8 %)
Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes Environ 39 868 personnes 5,4 % des hommes >15 ans	1 ÉPDITSS 30 %	6 saunas 1 org.	0	Intra : 428 Prox. : 0 Total : 428 (14,6 %)	Intra : n.d. Prox. : 0 Total : n.d.	Intra : 610 Prox. : 299 Total = 909 (16,2 %)	Intra: 2 800 Prox. : 0 Total = 2 800 (56,7 %)
Membres des communautés originaires des pays endémiques Environ 55 575 haïtiens 3,0 % de l'ensemble de la pop.	1 ÉPDITSS 8,5 %	10 org.	2 org.	Intra : 0 Prox : 0 Total : 0	Intra : 0 Prox : 0 Total : 0	Intra : 0 Prox. : 1 676 Total = 1 676 (29,8 %)	Intra : n.d. Prox. : 0 Total = n.d.
Milieu carcéral 20 239 personnes	1 ÉPDITSS 20,8 %	3 org.	s. o.	Intra : s. o. Prox. : 273 Total : 273 (9,3 %)	Intra : s. o. Prox. : 129 Total : 129[4]	Intra : s.o. Prox. : 1 883 Total : 1 883 (33,5 %)	Intra : s.o. Prox. : 1 386 Total : 1 386 (28 %)
Autochtones Environ 20 840 personnes 1,3 % de l'ensemble de la pop	1 ÉPDITSS % budget n.d.	2 org.	0	Intra : 0 Prox. : 24 Total : 24 (0,8 %)	Intra : n.d. Prox. : 0 Total : n.d.	Intra : 0 Prox. : 76 Total : 76 (1,4 %)	Intra : 0 Prox. : 0 Total : 0
Populations autres	2 ÉPDITSS 28,5 %	s. o.	s. o.	Intra : 2 265 Prox. : 0 Total = 2 265 (77,5 %)	Intra : n.d. Prox. : 0 Total : n.d.	Intra : s.o. Prox. : 21 Total : 21 (0,4 %)	Intra : 479 Prox. : 0 Total = 479 (9,7 %)
Total	9 ÉPDITSS	38	30	2 924 (100 %)	949[4]	5 628 (100 %)	4 932 (100 %)

[1] Population montréalaise 2001 : total = 1 817 178 ; plus de 15 ans = 1 517 246 ; 15 à 24 ans = 231 081 ; hommes de plus de 15 ans = 724 884.
[2] Il s'agit des personnes ayant séjourné au moins 24 heures en 2002 dans les trois centres : Établissement de détention de Montréal, Tanguay et Rivières des Prairies.
[3] 766 tests ITS ont été effectués par l'équipe des Faubourgs, la répartition des tests par population n'a pas été déterminée ;
[4] Parmi les 129 personnes testées 41,8 % sont des UDI.

4.6 PERSPECTIVES

Les coordonnateurs et les intervenants des ÉPDITSS ont précisé plusieurs éléments de leur fonctionnement qu'il souhaitait consolider ou développer :

4.6.1 Processus interne

Modalités organisationnelles de dispensation des services

- Plusieurs équipes se proposent d'améliorer l'accessibilité et de la continuité des services en terme de :
  - Diminution des délais d'attente pour un RV ou la remise de résultats des tests ;
  - Augmentation des périodes de sans rendez-vous afin de favoriser l'accessibilité aux services des clientèles cibles ;
  - Augmentation de l'accessibilité à l'infirmière (exemple via un téléavertisseur 5 jours / semaine, du lundi au vendredi, de 8 heures à 20 heures) ;
  - Précision des modalités d'offre de service par rapport à la durée des suivis, la référence interne et externe de la clientèle ;
  - Augmentation du temps d'intervention à proximité ;
  - Élargissement de l'offre de vaccination contre les hépatites A et B à d'autres organismes et milieu de vie ;
  - Élargissement de l'offre de services dans les milieux de vie de la clientèle : dépistage
  - urinaire des MTS (chlamydia et gonorrhée), dépistage VIH, *counselling* en santé-sexualité, contraception, pilule du lendemain, test de grossesse, référence I.V.G.
  - Certaines équipes sont plus en faveur du dépistage intra muros que dans les milieux, et une ÉPDITSS a déjà fait des contactes pour avoir d'autres financements afin mettre en place un service pour les ITS et la santé -sexuelles en général.
  - En matière de soutien en nutrition, les intervenantes souhaitent être plus disponibles pour les réseaux communautaires et augmenter l'accessibilité aux personnes atteintes.

- D'autres objectifs visent la révision et l'amélioration du contenu des services :
  - Revoir la spécificité de l'offre de service en lien avec les clientèles cibles ;
  - Revoir la place du service de réponse téléphonique ;
  - Revoir les critères de sélection des patients pour les services psychosociaux des équipes, en favorisant davantage la prise en charge des cas complexes et/ou à haut risque (référer les clients avec des problèmes qui ne requièrent pas une expertise particulière, comme le logement, l'organisation de la vie quotidienne, argent, Bien-être social, etc.) ;
  - Favoriser l'évaluation globale de l'état physique et nutritionnel et assurer un suivi régulier des clients qui apprennent leur séropositivité ou dont l'état est stable.

- En milieu carcéral l'équipe a comme perspectives de :
  - Contribuer au développement des services offerts aux toxicomanes dans les trois établissements plus particulièrement auprès de la clientèle héroïnomane ;
  - Redéfinir la formule des « groupes santé toxicomanie » ;
  - Faire une réflexion sur un programme de distribution de condoms afin d'éviter les abus ;
  - Appliquer une stratégie de prévention de la transmission des VHC, VHB, et VIH par les tatouages.

Modalités professionnelles

Afin d'augmenter et améliorer leur capacité d'intervention les équipes souhaitent :

- La révision et l'adaptation des protocoles concernant les actes médicaux délégués suite à la «loi 90» en matière de : dépistage ITSS ; vaccination ; examen gynécologique ; initiation des anovulants, pilule du lendemain ;
- L'introduction de l'ethnothérapie dans la pratique infirmière de proximité : une proposition du docteur Frantz Raphaël de travailler sur des cas concrets rencontrés par les infirmières des différents milieux a été soumise comme thème de formation à la DSP et a été retenu pour le printemps 2003 ;
- Le développement d'un cadre de référence pour les intervenants psychosociaux, concernant la prise en charge des personnes vulnérables ou vivant avec le VIH, ou avec une hépatite virale chronique.

4.6.2 Processus externe

Collaboration partenariat intra CLSC

Les ÉPDITSS se proposent de :

- Développer des meilleures stratégies d'entente pour travailler en réelle complémentarité avec les autres services du CLSC ;
- Trouver des moyens pour mieux collaborer avec les équipes médicales et cibler des médecins généralistes intéressés à travailler avec la clientèle vulnérable.

Collaboration partenariat extra-CLSC

- Inter ÉPDITSS ou d'autres CLSC:
  - Favoriser l'échange entre les intervenants psychosociaux des équipes, par exemple à travers des rencontres régulières ; particulièrement les intervenants psychosociaux de Ahuntsic souhaitent développer une collaboration avec l'équipe psychosociale du CLSC des Faubourgs, qui a un mandat supra régional auprès des clients susceptibles d'aller en prison.
  - Explorer la possibilité de mettre en place des services au CLSC St Louis du Parc, au moins une infirmière à temps partiel qui accompagnerait les travailleurs de l'organisme Plein Milieu sur la rue.
  - Développer des ententes avec l'hôpital St-Luc (UREHSS et l'équipe mobile) ;
  - Rencontrer les médecins des cliniques privées afin de les faire connaître l'évolution des services de dépistage VIH et des modalités de fonctionnement ;
  - Favoriser une collaboration plus étroite entre les Services de Santé du milieu carcéral et les centres hospitaliers pour les dossiers des clients sous traitement au Rebetron ;
  - Faciliter les communications et la référence avec les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.

4.6.3 Participation de la clientèle

- Développer des nouvelles stratégies pour mieux informer et rejoindre les populations vulnérables. Des intervenants interviewés trouvent que les médias n'ont pas été suffisamment utilisés pour la prévention des MTS et du VIH. Il faudrait envisager à passer des messages simples sur les chaînes de radio et TV qui sont plus populaires auprès des clientèles vulnérables. Selon certains intervenants les médias audiovisuels seraient davantage appropriés dans la mesure où un grand nombre de personnes vulnérables sont illettrées.
- S'impliquer dans un projet ciblant les femmes travailleuses du sexe, en partenariat avec l'organisme Stella.
- Les intervenants estiment q'il faudrait penser aussi aux populations vulnérables localisées à l'ouest (ex NDG, Côtes des Neiges, Parc extension).
- En ce qui concerne la population autochtone, l'équipe désignée trouve pertinent d'explorer qu'est ce qui peut être fait en matière de prévention ITSS auprès de cette population à haut risque. Également, il serait opportun d'envisager des démarches d'exploration pour mieux comprendre les besoins de cette clientèle. L'équipe réalise qu'il y aurait d'autres sites où on pourrait intervenir auprès des autochtones, mis à part «Le Centre amitié autochtone». Par exemple, le parc situé près de "l'Hôpital de Montréal pour enfant" est beaucoup fréquenté par des personnes autochtones à risque. On note particulièrement la présence de femmes en situation de vulnérabilité, qui sont souvent victimes de violence. Une solution serait une unité mobile (bus) dans le parc pour offrir des services préventifs et de base à ces personnes.
- En milieu carcéral, on signale un besoin de développer des stratégies afin de rejoindre plus adéquatement la clientèle prévenue, et à risque à EDM (Bordeaux), par exemple en organisant des kiosques d'information dans certains secteurs.

Toutes les ÉPDITSS ont mentionné la nécessité de développer des stratégies de promotion pour mieux rejoindre les clientèles cibles et pour leur faire connaître davantage les services offerts par les équipes et par les autres ressources existantes.

5. DISCUSSION

Introduction

L'objectif de ce bilan était d'établir dans quelle mesure les recommandations du cadre de référence des équipes déposé en mars 1999 avaient pu être implantées et quels étaient les facteurs ayant influencé cette implantation. Ce cadre faisait état de recommandations générales plutôt que d'objectifs opérationnels détaillés et aisément quantifiables. On ne peut donc apprécier ici l'atteinte ou non d'un niveau préalablement fixé de couverture pour chacun des services au sein de chacune des populations vulnérables visées. Il ne s'agissait pas non plus d'examiner les pratiques des intervenants des ÉPDITSS à la lumière de normes pré-établies ni de mesurer les effets des services dispensés mais plutôt de rendre compte des « activités déployées » dans le cadre du programme ainsi que des « services dispensés » aux clientèles visées (l'unité d'analyse étant chacune des ÉPDITSS).

Le mandat de dresser ce bilan a été donné à l'été 2002, les indicateurs et les outils de collecte ont donc été choisis et produits rétrospectivement. Le bilan s'appuie sur une variété de sources de données (bilans annuels des équipes, statistiques agrégées fournies au CQCS par les équipes de dépistage anonyme, entrevues...). Dans la plupart des CLSC, la saisie au SIC des données afférentes aux activités des ÉPDITSS et le développement d'extrants spécifiques en étaient au stade de mise en place et de validation au moment du bilan. À l'occasion, les intervenants ont été invités à estimer de leur mieux des nombres de consultations ou de visites. Cet exercice a bien mis en évidence la nécessité d'harmoniser dans les meilleurs délais les indicateurs et les outils de collecte pour l'ensemble des CLSC concernés et de mettre en place des modalités simples et rapides d'information et de rétroaction pour les équipes et les gestionnaires.

5.1 IMPLANTATION DES RECOMMANDATIONS DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Les ré-allocations financières proposées dans le cadre de référence ont été apportées. Ainsi, cinq « nouvelles » équipes ont été crées (essentiellement à l'intention des jeunes de la rue et des UDI) et deux des quatre « anciennes » équipes ont pu augmenter leurs effectifs. Par ailleurs, les services de nutrition ont été centralisés dans un seul CLSC tel que planifié. Tous les postes ont progressivement été comblés (parfois jusqu'à une année et demi après l'adjudication du mandat). Le nombre d'ETC par équipe varie de 0,4 à 7,8.

Le nombre global d'ETC est passé de 13 ETC à 18,9 ETC (en 2001-2002), en incluant les postes non récurrents et les postes financés par des subventions externes. Les nombres de postes en psychosocial et en nutrition sont demeurés relativement similaires, passant respectivement de 9 ETC à 8,8 ETC et de 1 ETC à 1,4 ETC. Quant au nombre de postes infirmiers, on remarque une augmentation de 3,0 ETC à 8,7 ETC.

5.1.1 Activités déployées

Afin d'assurer la dispensation de services à la clientèle, les équipes ont déployé un ensemble d'activités en termes de :
i) gestion et encadrement clinique des équipes; ii) formation du personnel des équipes : en 2001-2002, on a répertorié une cinquantaine de sessions différentes de formation, d'une durée variant de 3 à 7 heures chacune, à l'une ou l'autre desquelles au moins un membre d'une des ÉPDITSS a participé); iii) développement d'outils d'intervention à l'intention de la clientèle et à l'intention des intervenants : 23 projets variés; iv) activités de promotion de leurs services et de comportements de prévention auprès de la communauté, de la clientèle, de professionnels : 29 projets; v) de liaison avec des partenaires : les équipes ont notamment exploré des partenariats potentiels avec près de 70 organismes communautaires, établissant des partenariats fonctionnels avec 38 d'entre eux; ils ont également investi des liens avec des professionnel des établissements de 1ère et 2ième ligne et des ÉPDITSS entre eux; vi) formation de partenaires : en 2001-2002, les équipes ont dispensé un total approximatif de 33 sessions de formations aux intervenants d'organismes communautaires ou d'établissements du réseau de la santé); et vi) activités de connaissance des populations vulnérables et d'appréciation des services par la clientèle : 6 projets dont trois que des ÉPDITSS ont mené et trois auxquels des ÉPDITSS ont participé.

Globalement, la gestion des équipes et la formation du personnel ont respectivement compté pour un peu moins du tiers (29,3 %) et un peu plus du quart (26,2 %) de l'ensemble des heures consacrées aux « activités déployées ». En 2001-2002, après avoir soustrait les heures non travaillées (vacances, maladies, absences), ce qui correspondait à environ 16,3 % du total des heures, on estime que les ÉPDITSS ont consacré environ 9 % de leurs heures de travail aux « activités déployées » et 91 % aux « services dispensés ». Le temps consacré aux « activités déployées » et aux absences est possiblement sous évalué. Les « anciennes » équipes ont davantage pu diriger leurs énergies vers les « services dispensés » alors que les « nouvelles » équipes consacraient une plus grande part de leurs efforts aux « activités déployées ».

5.1.2 Services dispensés

En termes de services directement dispensés à la clientèle durant la période à l'étude, on compte : 2 924 tests de dépistage du VIH (dont 1 136 confidentiels et 1 788 anonymes), 1 430 tests de dépistage des ITSS autres que l'infection au VIH, 5 628 doses de vaccins contre les hépatites A et B, 4 932 consultations psychosociales, 700 consultations en nutrition et 464 actes de soins cliniques. Toutes ces interventions ont constitué des opportunités d'éducation à la santé individuelles auxquelles s'ajoutent environ 64 sessions de groupe d'éducation à la santé (dont la plus grande part a été offerte aux populations carcérale et haïtienne). Les ÉPDITSS ont distribué un peu plus de 1 000 condoms. Trois ÉPDITSS ont directement contribué au fonctionnement du centre de distribution et de récupération de matériel d'injection stérile (CDRMIS) de leur CLSC.

5.1.2.1 Des services préventifs intégrés

- **Dépistage du VIH**

Les « anciennes » équipes spécialisées sida ont effectué environ le même nombre annuel de tests de dépistage du VIH qu'avant le dépôt du cadre de référence en 1999 (l'ajout d'une offre de dépistage au centre de détention de Rivières des Prairies a permis d'effectuer entre 80 et 90 tests supplémentairement annuellement). Une de ces ÉPDITSS a introduit rapidement une modalité « non nominative » à la modalité « anonyme » qu'elle proposait déjà, alors que deux autres n'ont pas modifié leurs modalités (respectivement « anonyme » seulement et « nominative» seulement). Enfin, la dernière « ancienne » équipe n'a pas jugé opportun de procéder à la mise sur pied d'une clinique spécialisée et a plutôt encouragé la clientèle à être testée au CLSC au sein de ses services habituels (et donc de manière « nominative »). Aucune des cinq « nouvelles » équipes n'a élaboré un plan spécifique d'offre de test de dépistage du VIH pour ses populations vulnérables. En fait, ces ÉPDITSS ont plutôt eu tendance à référer aux « anciennes » équipes les personnes chez qui un test dépistage du VIH était indiqué. Ainsi, le dépistage du VIH et particulièrement le dépistage « anonyme » du VIH est demeuré une intervention « spécialisée ».

- **Dépistage des ITSS autres que l'infection au VIH**

Des services de dépistage des ITSS autres que l'infection au VIH ont été introduits par 4 ÉPDITSS. Ils ont été offerts dans une ÉPDITSS en intra-muros (celle-ci cumulant 83,4 % des prélèvements urinaires pour chlamydiose et infection gonococcique soumis par les ÉPDITSS entre le 01-04-2002 et le 31-03-2003), dans trois milieux carcéraux (cependant, dans un seul de ceux-ci a été offert le dépistage de la chlamydiose et de l'infection gonococcique) et dans deux organismes communautaires. Malgré les contraintes, il semble tout de même que le dépistage des ITSS autres que l'infection au VIH soit en voie de prendre de l'essor.

- **Notification aux partenaires**

Une démarche structurée de notification aux partenaires incluant un accompagnement et un suivi (et au besoin, une communication de l'intervenante auprès du ou des partenaires que le cas-index ne peut rejoindre lui-même) n'a habituellement pas été entreprise avec les clients des ÉPDITSS dont les tests se sont révélés positifs, que ce soit dans le cas d'une infection au VIH ou d'une autre ITSS. Évidemment, puisque les

ÉPDITSS ont détecté une infection au VIH ou une ITS chez un nombre très restreint de personnes, elles n'ont pas eu l'opportunité d'approfondir vraiment l'approche de notification aux partenaires.

- **Vaccination contre les hépatites A et B**

Le principal apport nouveau au panier de services a été la vaccination contre les hépatites A et B. Toutes les ÉPDITSS y ont contribué, et ce à compter de l'été 2001. Dans deux ÉPDITSS, la vaccination a été intégrée aux consultations individuelles mais le plus souvent, la vaccination a été proposée sous forme de sessions intensives spécifiquement dédiées à la vaccination.

- **Services psychosociaux**

Les recommandations du cadre de référence touchaient davantage les services infirmiers que les services psychosociaux des ÉPDITSS; ceux-ci se sont poursuivis comme « avant ». La nature des activités des services psychosociaux est principalement de type "thérapeutique", les raisons d'intervention débordent de l'annonce du diagnostic et de l'accompagnement aux personnes récemment infectées (ex.: problèmes de couples, affects dépressifs, difficultés économiques).

- **Services en nutrition**

Les services en nutrition se sont également poursuivis, dans une seule ÉPDITSS. Maintenant, ils consistent surtout en des consultations individuelles et peu en des interventions collectives.

- **Éducation à la santé**

Au fil des interactions des infirmiers/infirmières et du personnel psychosocial avec la clientèle, des aspects d'éducation à la santé concernant les ITSS sont abordés mais un modèle de soutien à l'adoption et au maintien de comportements sécuritaires, une offre individuelle en ce sens basée sur une évaluation de besoins et l'application d'une démarche systématisée ne ressortent pas.

5.1.2.2 Vers des populations vulnérables

On constate que depuis le dépôt du cadre, l'offre de services à la population générale n'a pas diminuée, elle est demeurée assez semblable et a même augmentée en 2002-2003 suite à la décision d'une ÉPDITSS d'utiliser ses fonds pour développer une clinique ITSS intra-muros à l'intention des personnes âgées de 25 ans et plus de son territoire. L'offre de services à la population des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes elle aussi est demeurée assez semblable mais manifeste une croissance récente avec le début d'interventions préventives dans les saunas gais. En ce qui concerne la population carcérale, une offre de services est maintenant disponible dans les trois milieux de détention de juridiction provinciale. Par ailleurs, l'apport d'une des l'ÉPDITSS a contribué à dynamiser les liens du CLSC avec les organismes de la communauté haïtienne et à raviver la sensibilisation et l'éducation en regard des ITSS, particulièrement l'infection au VIH. De même, un projet structurant s'est construit progressivement à proximité des jeunes de la rue dans le territoire d'une des ÉPDITSS. Des interventions non prévues initialement dans le cadre de référence des équipes ont aussi été amorcées auprès de la population autochtone au cours de la dernière année.

Environ 77,5 % des tests de dépistage du VIH ont été effectués au sein de la population dite « générale ». Respectivement 33.3 %, 29,9 % et 13,7 % des doses de vaccins ont été administrées aux populations carcérales, haïtiennes et jeunes de la rue. Les interventions psychosociales ont surtout touché des HARSAH et la population carcérale.

Cependant, les ÉPDITSS ont peu rejoints les UDI jusqu'à maintenant (et les UDI rejoints l'ont été surtout en milieu carcéral). C'est la ressource infirmière engagée par la DSP dans le cadre du programme régional de vaccination qui a davantage desservi les organismes UDI, dont récemment l'unité mobile « L'Anonyme ». Le souhait manifesté dans le cadre de référence que les efforts des ÉPDITSS s'articulent avec les autres partenaires de la communauté dans un plan d'organisation de services à l'intention des personnes qui s'injectent des drogues, couvrant notamment l'accompagnement au suivi clinique des personnes infectées par le VIH, par la tuberculose et par les hépatites B et C ne s'est pas matérialisé. Enfin, les travailleurs et travailleuses du sexe n'ont presque pas été touchés.

- **Rejoindre les populations dans leurs milieux de vie**

Le cadre favorisait que la dispensation de services soit adaptée à la situation des clientèles vulnérables, que les équipes aillent rejoindre ces populations dans leur milieu de vie. Toutes les équipes ont rendu certains services à proximité. Un total de 89 % des vaccins administrés par les ÉPDITSS l'on été « à proximité », de même que 11 % des tests VIH, 12,7 % des tests ITSS autres que VIH et 30,9 % des consultations psychosociales. Mais, si l'on excepte le travail en milieu carcéral, relativement peu de services ont pu jusqu'à présent être dispensés « à proximité ». Par ailleurs, l'interaction entre la clientèle et le personnel des ÉPDITSS s'est vécue habituellement sur un mode ponctuel (une rencontre initiale pré-test et un suivi post-test) plutôt que sur celui d'une prise en charge.

Enfin, le plus souvent, ces services « à proximité » ont été rendus à l'intérieur des locaux d'organismes communautaires. Parmi les 38 milieux (30 organismes communautaires, 5 saunas gais et 3 centres de détention) avec lesquels les ÉPDITSS ont établi un partenariat, 23,6% ont une mission d'intervention auprès des jeunes en difficulté, 26,3 % auprès des haïtiens, 18,4 % auprès des HARSAH, 18,4 % auprès des UDI, 7,8 % auprès de la population carcérale et 5,2 % auprès des autochtones.

5.1.3 Couverture et efficience

Les tests de dépistage du VIH effectués par les ÉPDITSS en 2001-2002 (2 924 tests anonymes ou confidentiels) représentent 2 % de l'ensemble des tests effectués par des établissements localisés dans la région de Montréal. Malgré une légère hausse depuis 1999, pouvant refléter que les personnes les plus à risque sont davantage rejointes, le taux de séropositivité parmi les tests provenant des ÉPDITSS en 2001-2002 (1,1 %) est similaire à celui que l'on observe parmi les tests faits à Montréal en dehors des ÉPDITSS (0,92 %). On se rappelle (voir section 1.2) qu'à Montréal, le taux de prévalence de l'infection au VIH est approximativement de 17,1% parmi les HARSAH, de 17,1% parmi les personnes fréquentant des centres de distribution et de récupération de matériel stérile d'injection de seringues, de 9% et de 3,6% parmi

respectivement des femmes et des hommes en milieu de détention de juridiction provinciale, de 1,4% parmi les jeunes de la rue et enfin de 1,3% parmi la population haïtienne. Le nombre de nouvelles infections détectées par les ÉPDITSS en 2001-2002 (33) représenterait 4,1 % de l'estimé des 800 nouvelles infections survenant annuellement dans la région de Montréal.

Entre le 01-04-2002 et le 31-03-2003, les taux de positivité observés pour la chlamydiose et l'infection gonococcique parmi les tests sur prélèvement urinaire effectués par les ÉPITTS ont été respectivement de 2,2 % et de 0,58 %; la plus grande partie de ces tests ont été effectués par une seule ÉPDITSS et chez des HARSAH. En comparaison :

- les taux de positivité de la chlamydiose et de l'infection gonococcique sur prélèvement urinaire effectué par l'équipe « Jeunes de la rue » étaient respectivement de 9,4 % et de 0,0 % durant la même période (Communication personnelle Mme Claudine Chouinard, chef technologue, CHUM pavillon Hôtel Dieu);
- Sur les 40 000 analyses d'infection à *Chlamydia trachomatis* génitale effectués annuellement par le CHUM, environ 3 % se révèlent positives (une part importante de ces prélèvements proviennent de cliniques « spécialisées » dans le domaine des ITSS) (Communication personnelle Mme Claudine Chouinard, chef technologue, CHUM, pavillon Hôtel Dieu);
- Parmi les 302 participants à une étude auprès de jeunes de la rue montréalais recrutés en 2000, la prévalence de la chlamydiose était de 6,6 %. La prévalence de l'infection gonococcique était nulle (Roy et coll. 2000) ;
- Enfin, dans une autre étude menée à Montréal en 2000, cette fois auprès de clientèles consultant dans divers milieux cliniques (CLSC, cliniques privées, cliniques de santé universitaires, centre de dépistage), on a observé un taux de prévalence de 3,8 % pour la chlamydiose et de 0,4 % pour l'infection gonococcique (Lambert et coll. en cours).

En 2002, alors que les ÉPDITSS détectaient 27 cas de chlamydiose, 7 cas d'infection gonococcique, 1 cas de syphilis et 58 cas d'hépatite C, approximativement 3000, 500, 200 et 1400 cas de ces infections étaient déclarés dans la région de Montréal (registre MADO).

En ce qui concerne la vaccination contre les hépatites A et B, les doses de vaccins administrées par les ÉPDITSS en 2001-2002 représentent 49,5 % de toutes les doses de vaccins contre les hépatites B administrées aux personnes âgées de 10 ans et plus dans la région de Montréal au cours de la même période.

5.1.3.1 Couverture selon les populations vulnérables

Si l'on examine les données 2001-2002 des ÉPDITSS des Faubourgs et de Métro, pour lesquelles des informations sur les facteurs de risque ont pu être colligées, 15,0 % des tests VIH anonymes effectués par ces deux ÉPDITSS l'ont été chez des HARSAH alors que cette population compte pour 5,0 % de la population montréalaise âgée de 15 ans et plus, ces proportions sont respectivement de 3,0 % et de 0,8 % pour les UDI, de 0,2 % et de 2,3 % pour les jeunes de la rue, de 0,1 % et de 3,0 % (de la population générale) pour les haïtiens. À noter qu'un seul facteur de risque pouvait être enregistré de sorte qu'on peut sous estimer par exemple le nombre des UDI que les ÉPDITSS ont rencontré.

Le fait que le CLSC Métro s'est vu confier le mandat d'intervention auprès de la population générale et que le CLSC des Faubourgs le perdait n'a pas entraîné au cours de la période à l'étude de modifications de la

proportion des facteurs de risque chez la clientèle qui se présentait à l'une ou à l'autre ÉPDITSS. En milieu carcéral (plus précisément à EDM), la proportion d'UDI parmi les personnes ayant eu une consultation de dépistage avec l'infirmière a été de 37,3 % (les proportions d'hommes gais, d'hommes originaires de régions fortement endémiques pour le VIH ou de jeunes de la rue parmi les personnes incarcérées qui consultent les services de dépistage ne sont pas connues).

En fait, à partir des données disponibles sur les tests effectués, on estime que 428 des 39 869 (1,07 %) HARSAH de Montréal aurait eu un test de dépistage anonyme de l'infection au VIH par l'intermédiaire de ces deux ÉPDITSS, 60 des 12 000 (0,5 %) UDI, 2 des 55 575 (0,0 %) haïtiens, 27 des 5 000 (0,5 %) jeunes de la rue et 273 des 11 000 (2,5 %) personnes admises dans les trois milieux de détention de juridiction provinciale situés sur l'île. De même, on estime que moins de 10 % des personnes admises en milieu de détention au cours de l'année 2001-2002 ont reçu au moins une dose de vaccin contre les hépatites A et B, et ce malgré les efforts notables consentis par l'ÉPDITSS du CLSC Ahuntsic.

Il n'apparaît donc pas que les populations vulnérables soient suffisamment rejointes par les ÉPDITSS. Évidemment, bien d'autres ressources de santé que les ÉPDITSS sont disponibles pour ces populations vulnérables.

5.1.3.2 Efficience

Compte tenu des sommes investies, de la nature et du nombre d'interventions produites, du nombre de cas détectés par le programme en 2001-2002 (la dernière année de la période, et à priori, la « meilleure » car moins entachée des difficultés habituellement rencontrées en début d'implantation), il y a lieu de se questionner sur l'efficience du programme. D'autant plus, qu'en 2002-2003, trois des cinq « nouvelles » équipes n'ont pu dispenser aucun service de proximité auprès des jeunes de la rue et des UDI de leur territoire, et qu'une quatrième n'a pu le faire que partiellement.

D'une part, il faut reconnaître que la mise en place de changements organisationnels et l'élaboration de nouveaux services prennent du temps, particulièrement si plusieurs acteurs sont impliqués et que les contextes d'intervention sont inhabituels. D'autre part, l'efficience ne saurait être évaluée à partir simplement d'un nombre d'actes posés, elle devrait l'être à partir des effets des services (par exemple, le nombre d'infections secondaires et les coûts directs et indirects afférents évités grâce au dépistage et au traitement d'un cas ou encore grâce à l'adoption de comportements sexuels ou d'injection sécuritaire ayant pu être initiés suite aux sessions individuelles et de groupe d'éducation à la santé) qui eux n'ont pu être mesurés ici, mais aussi des retombées indirectes par exemple, l'idée d'aller se faire tester est semée « à proximité » et la personne consulte ultérieurement dans une clinique; et des bénéfices découlant des « activités déployées »: consolidation des PES des CLSC, création de liens avec les organismes communautaires des territoires, mobilisation des gestionnaires et du personnel des CLSC en regard des populations vulnérables.

En intra-muros (de même que dans le volet « carcéral » des activités de proximité), les temps d'intervention des services de dépistage sont relativement normalisés à raison d'une trentaine de minutes pour une rencontre pré-test et de 15 à 30 minutes pour une rencontre post test (il y a quelques années, le temps de rencontre était plutôt de l'ordre de 60 minutes). La durée d'une rencontre avec une nutritionniste ou un intervenant psychosocial est également standardisée (le nombre moyen de rencontres par cas est d'environ 3,6 pour les services en nutrition et de 7,8 pour les services psychosociaux—8,4 à l'ÉPDITSS de des Faubourgs, 6,9 à celle d'Ahuntsic, nd à Métro). Cependant, lors d'interventions de proximité, le personnel des ÉPDITSS est soumis à une variété de contraintes auxquelles s'ajoutent les temps de transport, les délais de mise en place de la session, les efforts de recrutement de la clientèle.

En fait, à quoi devrait-on ou pourrait-on s'attendre. Les populations ciblées, la nature et le nombre de ressources, le contexte et les modalités d'interventions, l'année de début des activités diffèrent tellement qu'il est difficile de comparer les ÉPDITSS entre elles. Si l'on compare le programme montréalais à d'autres programmes de dépistage au Québec, on constate que compte tenu de la présence importante de groupes vulnérables à Montréal, l'achalandage du service semble assez bas.

Voici les nombres de tests de dépistage anonymes faits par l'intermédiaire d'équipes spécialisées/points de service en 2000-2001 (pour les 6 régions ayant effectué le plus grand nombre de test, en ordre décroissants) : Montréal: 1 674, Québec : 907, Estrie : 876, Bas St. Laurent : 541, Saguenay-Lac St-Jean : 476, Montérégie : 454), le taux de séropositivité suite aux tests de dépistage est de 1,1 % à Montréal (1,5 % si l'on considère seulement les tests « anonymes ») alors que celui rencontré hors Montréal est de 0.83 % (Morin et coll., 2001). Le rapport provincial ne fait pas état du nombre de ressources (ETC) engagées dans des activités intra-muros et de proximité en fonction du nombre de tests effectués.

Depuis plusieurs années, près de 15 ans, il existe à Vancouver un programme d'infirmières de rue : « The AIDS Prevention Street, Nurses Program ». Relativement au programme des ÉPIDTTS de Montréal, celui de Vancouver a été d'emblée orienté vers des interventions de proximité, en particulier à l'intention des jeunes de la rue, des UDI et des travailleurs(euses) du sexe; il comporte bien davantage une approche de soins globaux (et donc des activités de liaison, d'accompagnement et de suivi clinique des clients) plutôt que de dépistage et de vaccination, enfin, il relève d'une seule entité administrative, la Direction provinciale de santé publique.

Compte tenu de ces différences dans les mandats, on ne peut comparer les quantités de services dispensés dans les deux programmes qu'avec une grande circonspection. On note au tableau suivant que les ÉPDITSS de Montréal ont administré autant de doses de vaccins et effectué autant de tests de dépistage du VIH que le programme de Vancouver. L'écart entre les taux de positivité inter et extra programme est nettement plus grand à Vancouver (1,8 % vs 0,9 %) qu'à Montréal (1,1% vs 0,92 %), soulignant probablement un meilleur accès aux clientèles vulnérables (quoique ce meilleur accès semble sous-optimal si l'on considère que la population d'UDI à Vancouver serait d'environ 12 000 UDI et que taux de prévalence du VIH était de l'ordre de 25 % chez les hommes et de 35 % chez les femmes en 1997 (Spittal et coll. 2002). Enfin, en ce

qui a trait au nombre de rencontres avec des usagers, les consultations psychosociales et en nutrition, (des consultations qui nécessitent un temps d'interaction prolongé), sont nombreuses à Montréal alors qu'à Vancouver prédominent les contacts ponctuels, souvent brefs, avec la clientèle.

TABLEAU 22 : COMPARAISON ENTRE LE PROGRAMME DES ÉPDITSS DE MONTRÉAL ET LE "AIDS PREVENTION STREET NURSES PROGRAM" DE LA COLOMBIE BRITANNIQUE

Ressources et Services	Montréal (2001 - 2002)	Vancouver (1997 - 1998)
Budget	1 244 098 $	1 500 000 $
Ressources humaines	8,7 ETC infirmières 8,8 ETC psychosociaux 1,2 ETC nutritionnistes	12 ETC infirmières 2 ETC travailleurs de proximité
Lieu de dispensation / Rattachement	Services au CLSC et à proximité Rattachement : 9 CLSC	Services dans des drop-in et autres lieux de proximité Rattachement : Direction provinciale de santé publique
Doses de vaccin hépatites A et B	5 628	5 237
Dépistage VIH		
• Nombre de tests VIH	2 924	3 101
• Taux de séropositivité	1,1 % ÉPDITSS 0,92 % Montréal	1,8 % Programme infirmières 0,9 % Vancouver
• Taux de suivi Post-tests - en ville • Taux de suivi Post-tests - en prison	93 % (50 % à 94 %) 91 %	76 % à 87 % 48 % à 58 %
Tests Dépistage ITSS autres que VIH	1 430	2 040
Consultations psychosociales	4 932	0
Consultations en nutrition	700	0
Total rencontres avec des usagers	19 326	40 000

5.2 FACTEURS AYANT INFLUENCÉ L'IMPLANTATION

La synthèse « Faits saillants » dresse une liste de facteurs qui ont favorisé ou fait obstacle à l'implantation du programme. Bien que chaque CLSC ait connu son propre cheminement, certains facteurs semblent avoir davantage influencé le programme que d'autres.

5.2.1 Spécification, soutien et suivi des mandats

- **Spécification initiale de l'intervention**

Tel que déjà mentionné, le cadre de référence faisait état de recommandations générales plutôt que de plans d'interventions spécifiques ou de résultats opérationnels à atteindre (par exemple, la proportion d'heures de travail à consacrer aux services de proximité, la priorisation des services à rendre). Une spécification plus fine des interventions souhaitées aurait probablement permis de mieux guider les efforts. Cependant, plusieurs ÉPDITSS se trouvaient dans une situation d'exploration de l'opportunité et de la faisabilité d'interventions, il était donc difficile d'établir d'emblée des attentes précises. Dans le cas de l'opérationnalisation du projet de vaccination contre les hépatites A et B, les plans d'action de chacune des ÉPDITSS ont été approfondis au cas à cas afin d'examiner les stratégies et les moyens d'action les plus prometteurs. Cette approche a été jugée utile.

Il demeure qu'une programmation globale pour chacune des populations vulnérables, explicitant les contributions attendues des ÉPDITSS et des autres partenaires du réseau n'était pas disponible pour la période 1999-2002 et qu'une telle programmation devrait être élaborée.

- **Soutien à la mise en œuvre**

Les mandats dévolus aux ÉPDITSS sont complexes. Même les « grandes » ÉPDITSS comptent finalement sur des effectifs assez restreints et même les CLSC les mieux intentionnés ne peuvent dériver beaucoup de leurs ressources de base vers leur ÉPDITSS. Il est donc ardu pour celles-ci de développer les différents volets d'une programmation qui dépasse la stricte dispensation de services à des clients.

Les activités de soutien dévolues à la Régie régionale de Montréal dans le cadre de référence ont été menées; elles visaient surtout à « outiller » les intervenants :

- analyse des besoins de formation et actualisation d'un plan de formation à l'intention du personnel des équipes (2000-2001) - (note : Une analyse sommaire des besoins pour une deuxième phase de formation a été menée au printemps 2002, mais le plan de formation qui devait en découler n'a pas été concrétisé compte tenu de l'annonce d'une prochaine formation à l'échelle provinciale sous l'égide du CQCS) ;
- projet pilote régional d'accessibilité aux tests de chlamydiose et d'infection gonococcique sur prélèvement urinaire (début été 2001);
- projet régional de vaccination contre les hépatites A et B (début été 2001);
- production d'un guide de soutien à l'intention des établissements pour la pratique des infirmiers et des infirmières des équipes spécialisées VIH-ITS-hépatites (dépôt en juin 2002);
- et enfin le présent bilan 1999-2002.

Dans le cas du projet régional de vaccination contre les hépatites A et B, l'appui de la Direction de la santé publique en termes de recherche de financement, de mobilisation des partenaires potentiels des ÉPDITSS, de développement d'outils de travail, d'attribution d'une ressource infirmière complémentaire a été jugé un facteur positif déterminant. Par ailleurs, le fait de dégager transitoirement une ressource pour conduire une réflexion programmatique avant l'instauration d'un projet, comme cela s'est produit pour le projet de l'ÉPDITSS St-Michel auprès de la population haïtienne, s'est avéré très utile.

Une implication active de la régie régionale auprès des ÉPDITSS apparaît donc nécessaire, le niveau de soutien pouvant varier selon la nature des projets et leur degré d'avancement.

- **Suivi/Imputabilité**

« Traditionnellement », la régie régionale est d'abord un bailleur de fonds. Elle n'a pas beaucoup de ressources à investir dans la formulation et le suivi régulier d'ententes de gestion. Dans les faits, la régie a tenu bien peu de rencontres de groupe ou individuelles avec les coordonnateurs (ices) de chacune des ÉPDITSS portant sur l'actualisation et les ajustement des mandats, les bilans d'activités, l'affectation des ressources. Le lien s'est révélé particulièrement ténu en 2002-2003; en fait, on a constaté un manque de continuité de la ressource en charge du dossier depuis le dépôt du cadre de référence jusqu'à maintenant.

5.2.2 Suffisance des ressources

En l'absence d'objectifs de couverture à atteindre, il est difficile d'apprécier la suffisance des ressources (et des services dispensés). Si l'on utilise comme indicateur le délai d'obtention d'un rendez-vous (ou encore la capacité d'accueillir en sans rendez-vous des cas « urgents »), les ressources actuelles des ÉPDITSS Métro et des Faubourgs sont en mesure de répondre adéquatement aux demandes de dépistage et d'interventions psychosociales, alors qu'en milieu carcéral, les délais s'allongent.

Toutefois, les ÉPDITSS Métro et des Faubourgs imputent notamment à un manque de ressource le fait qu'elles n'aient pas développé une offre de services « à proximité » des UDI alors qu'elles en avaient le mandat. L'impact de ce manque de ressources est d'autant plus crucial pour la population UDI que les plus importants CDRMSI de Montréal sont situés sur le territoire de l'ÉPDITSS des Faubourgs. De leur côté, quatre des cinq « nouvelles » équipes qui partageaient ce même mandat, considèrent que les ressources qui leur ont été octroyées (0,4 ETC par ÉPDITSS) étaient trop faibles pour provoquer l'effet d'entraînement que l'on espérait d'elles au sein des milieux de vie et de leur CLSC (en fait, ces ressources ont plutôt été «absorbées » par leur CLSC). Le besoin d'une masse critique d'intervenants a été abondamment soulevé : « Une intervenante à 2 jours semaines, c'est de l'argent foutu à l'eau, on ne peut rien faire vraiment. C'est trop difficile d'être seule à développer les divers volets du projet dont la liaison avec les multiples partenaires possibles, tout en assurant des services aux clientèles ». Ce besoin d'une masse critique d'intervenants s'est révélé d'autant plus évident que le départ d'une ressource a provoqué un arrêt complet des activités de certaines ÉPDITSS pendant des périodes prolongées. Il faut garder à l'esprit que l'ensemble des cinq nouvelles équipes ne représentent que 13% du total du budget des équipes.

5.2.3 Capacité des ressources

Comme on l'a rapporté dans les résultats, le sondage auprès du personnel des ÉPDITSS a révélé que la vaccination contre les hépatites A et B ; le dépistage du VIH ; le dépistage de la chlamydiose et de la gonococcie ; l'information et l'éducation sur les ITSS en individuel et le dépistage des hépatites B et C figuraient parmi les services infirmiers que le personnel jugeait les plus importants à offrir aux populations vulnérables en regard des ITSS. Ainsi plutôt qu'un manque d'adhésion aux objectifs de dépistage du programme, c'est plutôt l'incapacité concrète de procéder au dépistage qui a limité l'implantation.

Durant la période à l'étude, les infirmières de trois équipes sur neuf disposaient d'actes médicaux délégués ou d'ententes particulières concernant le dépistage des ITSS. Dans une ÉPDITSS, l'entente ne portait que sur le dépistage du VIH, dans une autre, l'entente ne portait que sur les dépistages du VIH et des ITS effectués à l'intérieur du CLSC (et non lors d'activités « à proximité »), enfin dans la troisième, une entente avait été établie avec le médecin des services de santé (en milieu carcéral). Puisque par ailleurs, dans aucun CLSC, un médecin ne s'est directement impliqué dans l'accompagnement continu des activités des ÉPDITSS, dont les activités de dépistage, les infirmières se sont retrouvées dans l'incapacité de procéder à des dépistages. On a surestimé la capacité des ÉPDITSS à mobiliser un ou des médecins de leur CLSC. Cette difficulté à mobiliser l'équipe médicale dans des projets particuliers relève certainement de causes multiples et n'est pas unique au programme des ÉPDITSS, elle a été reconnue notamment dans l'implantation en cours d'un projet de prévention des maladies cardiovasculaires dans plusieurs territoires du Québec (Lise Renaud, communication personnelle, avril 2003).

Suite au dépôt du « Guide de soutien à l'intention des établissements... », le CMD d'une ÉPDITSS a entériné une entente particulière portant cette fois sur le dépistage du VIH et des ITSS intra et extra établissement. Mais surtout, le 30 janvier 2003 entrait en vigueur, la « Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé » (Loi 90). Ainsi, dans le cadre de l'exercice infirmier, l'activité suivante est maintenant réservée à l'infirmière et à l'infirmier : « Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique». Il n'est donc plus nécessaire d'obtenir une ordonnance individuelle ou permanente pour procéder au dépistage chez les personnes asymptomatiques des problèmes de santé visés par le programme national de santé publique. Par ailleurs, l'infirmière et l'infirmier peuvent également procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique. Dans leurs activités de dépistage, l'infirmière et l'infirmier doivent agir en conformité avec les protocoles officiels reconnus par le Ministère de la santé et des services sociaux ainsi qu'avec les lignes directrices et paramètres définis dans un programme.

D'autre part le diagnostic et le traitement (dont la prescription de médicaments) sont des activités réservées aux médecins alors que l'administration des médicaments ou des substances selon une ordonnance individuelle ou collective est une activité réservée, entre autres, à l'infirmière. Ainsi, toute personne dont le résultat à un test est positif doit être orientée vers un médecin pour le diagnostic et le traitement. Cependant,

dans certaines situations cliniques qui devront être déterminées dans l'ordonnance collective, l'infirmière pourrait être appelée à administrer une dose unique de médicaments pour le traitement de certaines personnes dont le test de dépistage est positif.

L'application de la loi 90 implique des changements majeurs de pratiques qui ne prendront forme que progressivement. Les ÉPDITSS ne peuvent supporter seules le poids de mobiliser les établissements vers ces nouveaux partages des tâches. Il est souhaité que les représentants de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec et du Collège des médecines ainsi que les Directrices des soins infirmiers et les présidents des CMD des CLSC désignés s'impliquent activement.

Indépendamment de leur capacité de procéder de manière autonome à des tests de dépistage, il demeurera certainement crucial pour les infirmières et les infirmiers des ÉPDITSS d'établir des liens étroits avec les services de première ligne de leur CLSC et de s'adjoindre des médecins qui, dans la perspective d'une équipe multidisciplinaire, puissent contribuer étroitement à la définition des plans d'action des ÉPDITSS et à leurs interventions auprès des clientèles. C'est un défi de trouver des moyens novateurs de mobiliser les équipes médicales à s'engager dans les activités des ÉPDITSS et à assurer la prise en charge des cas dépistées par celles-ci.

5.2.4 Populations vulnérables et organismes communautaires

Les intervenants et intervenantes des ÉPDITSS ont parfois dû faire face à des attitudes négatives ou encore à de la méfiance de la part des clients, mais de manière générale, toutes les clientèles abordées (que ce soit en milieu carcéral, en saunas gais, dans les CDRMSI ou dans les organismes communautaires) se sont montrées très ouvertes aux « intrusions » des équipes dans leurs milieux de vie. Cet intérêt des clientèles est un facteur très favorable pour le programme. Les campagnes «Tout moun ka pran» de sensibilisation au sida auprès de la communauté haïtienne, « Une force qui dure » faisant la promotion de la vaccination contre les hépatites A et B auprès de plusieurs clientèles vulnérables, et « À quand remonte tes derniers tests» faisant la promotion du dépistage de la syphilis et de l'infection gonococcique auprès des HARSAH représentent des efforts de développement d'outils adaptés aux populations.

Plutôt que leur manque de réceptivité, c'est plutôt la migration, la mobilité des populations (en fait celle des jeunes de la rue et des UDI) du centre ville vers la périphérie (à cause notamment de la « gentrification » des quartiers mais aussi à cause de la répression policière) qui a limité l'implantation du programme. Ces populations quittent les territoires d'ÉPDITSS désignées pour aller vers de « nouveaux » territoires (par exemple les territoires des CLSC Montréal-Nord, Verdun-Côte St Paul, Parc Extension, Notre Dame de Grâce), obligeant à un ajustement des projets. C'est aussi une question de « visibilité » des populations; ainsi des UDI peuvent être présents dans certains territoires mais demeurés relativement isolés, ne fréquentant pas d'organismes communautaires ni d'autres lieux publics (ou encore, s'ils les fréquentent, comme dans certains CDRMSI, l'interaction de l'UDI avec les intervenants de l'organisme est très brève, très instrumentale), il est alors particulièrement difficile de les contacter malgré tous les efforts qu'on y met.

La « proximité » avec les populations vulnérables se vit en très grande partie par le biais des organismes communautaires ou des institutions œuvrant auprès de celles-ci. Ainsi, l'intégration de l'ÉPDITSS dans un projet porteur de son CLSC qui soit en lien étroit et fonctionnel avec un ou des organismes du milieu (lesquels sont partis prenante de la démarche) est apparu comme un facteur de succès extrêmement important. Les activités des ÉPDITSS avec un comité d'organismes communautaires haïtiens, avec les représentants des établissements de détention, avec les intervenants du Café Ketch, d'Action Séro Zéro, de Dopamine ou encore du Centre Amitié autochtone illustrent bien ces conditions.

Au fil des ans, s'est développée une grande force communautaire dans le domaine de la prévention du VIH et des autres ITSS. Un financement annuel de 1 665 148$ est remis par la DSP de Montréal-Centre à un total de 19 organismes communautaires montréalais impliqués dans la lutte aux ITSS. Ceux-ci et d'autres organismes reçoivent des financements complémentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre (programme SOC-Sida, SOC-Jeunesse et SOC-Toxicomanie) et de Santé-Canada. Il est essentiel que les ÉPDITSS et ces organismes créent des alliances opérationnelles. Dans le document intitulé "Bilan de la mise en œuvre des orientation nationales en matière de VIH sida, de MTS et VHC : Les points de vue des régions", Laberge, Rossi, Allen et Racine (2002) ont souligné plusieurs aspects susceptibles d'influencer les relations entre les établissements publics de santé (dont les CLSC) et les organismes communautaires, des aspects qui rejoignent les expériences récentes des ÉPDITSS montréalaises :

"Le fait qu'une part de plus en plus grande des activités de prévention repose sur les organismes communautaires, particulièrement pour les clientèles socialement très vulnérables ayant de multiples problèmes sociaux et de santé associés, pose des défis de taille aux décideurs régionaux responsables de la mise en œuvre des orientations nationales. Bien que soutenus par des budgets d'infrastructure publics, les organismes communautaires échappent toutefois en grande partie au « contrôle » du réseau public et, tel que le constatent Mayer et al. (1998), les efforts en vue d'orienter leurs activités dans le sens voulu sont souvent perçus comme des formes d'ingérence susceptibles de compromettre les fondements et l'efficacité du mouvement communautaire. D'autre part, compte tenu de l'importance relative de leur contribution et de la précarité de leur statut (financement non récurent, bénévolat), le réseau communautaire revendique une consolidation et une stabilisation de leurs ressources, de même qu'un statut de partenaire, à ce titre, une participation aux décisions relatives à la définition des objectifs sociaux et de santé, et au choix des stratégies et des moyens privilégiés pour les atteindre (Mayer et al, 1998, cité par Laberge, Rossi, Allen et al. 2002) ».

La capacité de fournir une réponse adaptée aux besoins des « nouvelles clientèles » dites multiproblématiques et plus marginales semble donc liée au développement de nouvelles formes de collaborations entre les réseaux publics et communautaires. Les enjeux sous-jacents sont de deux types :

- l'harmonisation de philosophies et de stratégies d'intervention qui se sont par ailleurs développées en opposition l'une à l'autre (l'approche communautaire en opposition à l'approche médicale) et qui s'appuient sur des paradigmes différents (Mayer et al., 1998, cité par Laberge, Rossi, Allen et al. 2002) ;
- la négociation d'une nouvelle forme de relation plus égalitaire et le départage des responsabilités, dans laquelle le secteur public accepte de céder une partie de ses pouvoirs et le secteur communautaire de

réduire sa marge d'autonomie. Les résultats d'autres travaux suggèrent que la négociation de ces nouveaux rapports entre des « champs » disposant de pouvoirs inégaux (dans ce cas-ci le médical et le communautaire) ne peut reposer strictement sur le volontariat ou la bonne volonté des individus mais doit être orientée et soutenue par une stratégie, des incitatifs, et des outils de gestion (Fleury et al., 2001, cité par Laberge, Rossi, Allen et al. 2002)."

5.3 RÉFLEXIONS STRATÉGIQUES

Les interventions des ÉPDITSS se fondent sur les postulats que : i) certaines populations/individus sont plus susceptibles que d'autres de contracter une ITSS; ii) ces populations ne sont pas suffisamment prises en compte par le réseau de la santé (soit que les populations ont peu recours aux ressources, soit que celles-ci sont insuffisantes ou offrent des services non adaptés; iii) des activités de vaccination, de dépistage, de counselling sur l'adoption de comportements sécuritaires ou encore d'interventions psychosociales menées spécifiquement à leur intention peuvent modifier le risque d'acquérir l'infection ou, le cas échéant, l'évolution de la maladie chez les personnes infectées. Compte tenu des ressources limitées des ÉPDITSS, quelles sont donc à Montréal les populations les plus vulnérables (et à quelles ITSS le sont-elles davantage); jusqu'à quel point chacune de ces populations distinctement a besoin de services dédiés qu'elle ne reçoit pas du réseau actuel; quels services devraient être offerts à chacune des ces populations (et selon quelles modalités jugées les plus faisables, acceptables et efficientes) et enfin, quel type d'effecteur pourrait le mieux rendre ces services.

Il n'existe certainement pas de réponse flagrante à la plupart de ces questions. Cependant, plusieurs informations ont été colligées au cours des dernières années au sujet des populations vulnérables de Montréal (elles sont regroupées au chapitre I du présent document selon les rubriques suivantes : l'effectif de la population, la distribution géographique, le niveau de prévalence ou d'incidence de diverses ITSS, le recours au réseau de la santé...) et dans les prochains mois seront déposés les résultats d'autres travaux actuellement en cours, par exemple l'étude « Prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées et pistes pour l'intervention », l'évaluation du projet « Équipe jeunes de la rue », l'évaluation du projet « Café Le Ketch », l'évaluation du projet « Saunas gais », une étude sur les comportements de prise de risque chez les hommes gais et bisexuels infectés par le VIH, une étude sur les attitudes, les comportements et les pratiques des UDI en regard de l'hépatite C, le rapport du projet « HIV/AIDS prevention and outreach program for the urban aboriginal population of Montreal at risk for HIV and living with HIV/Aids ». D'autre part, durant la période 1999-2002, l'expérience des ÉPDITSS auprès des populations vulnérables s'est accrue. Bien qu'étant tout de même demeurée modeste, elle concourt à mieux cerner divers enjeux.

5.3.1 Populations vulnérables

La recommandation majeure du cadre de référence était de rejoindre activement certaines populations vulnérables **au VIH** et d'élargir la gamme des services offerts lors d'un dépistage du VIH. Il est maintenant davantage question de cibler les populations vulnérables **aux ITSS**. Bien sûr les populations vulnérables au VIH sont souvent les mêmes que les populations vulnérables aux autres ITSS, mais il demeure qu'une population peut être vulnérable à une ITSS et pas à une autre, ou encore l'être aussi mais à un degré beaucoup moindre. La distinction n'est pas très importante si l'objectif du programme est de mettre sur pied dans un territoire donné un certain nombre de cliniques ITSS spécialisées, d'inviter les gens à s'y rendre et d'offrir à ceux-ci les interventions et les tests pertinents selon leurs facteurs de risque (un peu sur le modèle des cliniques de santé-sexualité d'Ottawa opérées par l'équipe de santé publique locale ou encore tout

simplement sur le modèle des cliniques jeunesse des CLSC au Québec, ou encore des cliniques santé-voyage). La distinction est peut-être plus utile si l'objectif du programme est d'établir des activités systématiques de prévention de certaines ITSS à l'égard de certaines populations (après avoir déterminé quelles activités étaient prioritaires).

En ce qui concerne le profil épidémique de l'infection au VIH à Montréal, les populations touchées sont toujours principalement les UDI (densité d'incidence de 4,7 par 100 personnes-années en 2001 parmi les participants montréalais au réseau SURVUDI), les HARSAH (densité d'incidence de 0,88 par 100 personnes années en 2002 parmi les participants à la cohorte Oméga) et les jeunes de la rue (densité d'incidence de 0,69 par 100 personnes-années chez les participants à la cohorte des Jeunes de la rue (il s'agit ici d'un cumul de tous les cas survenus depuis le début de la mise en place de la cohorte des jeunes de la rue, tous les cas de cette cohorte sont survenus chez des UDI). Nous ne disposons pas de données récentes sur l'incidence de l'infection au VIH parmi d'autres populations de Montréal. D'autre part, l'infection gonococcique et la syphilis en phase contagieuse connaissent une augmentation très élevée parmi la communauté HARSAH de Montréal (taux d'incidence de cas déclarés de 737 / 100 000 et de 85 / 100 000 respectivement en 2002) alors que la chlamydiose est en croissance parmi les jeunes (taux d'incidence de près de 1500 / 100 000 parmi les filles âgées de 15 à 19 ans en 2002) et que l'hépatite C se retrouve chez une majorité d'UDI (prévalence de 70%, Lamothe et coll. 1997).

> Au Québec, l'infection au VIH est maintenant à déclaration obligatoire (une déclaration non nominative mais à code unique, assortie d'une enquête épidémiologique) ainsi l'incidence de nouveaux cas et la ventilation de ceux-ci par facteur de risque ou d'exposition devraient dorénavant être mieux connues.
>
> Au Canada, parmi les tests positifs (autres que ceux du Québec - catégorie d'exposition non disponible) rapportés pendant les six premiers mois de 2002 (Le VIH et le sida au Canada, rapport de surveillance en date du 30 juins 2002) : 40,0% étaient attribués à des HARSAH; 23,3% à des UDI (cette proportion était de 33,5% en 1997) et 30,6% à des adultes hétérosexuels non UDI (cette catégorie comprend trois sous catégories : contact sexuel avec une personne originaire d'un pays de profil III, avec une personne à risque, avec une personne de sexe opposé comme seul risque identifié); cette proportion était de 9,1% en 1985-1996).

Il faut tenter d'établir le mieux possible quels efforts devraient être consacrés à chacune des populations vulnérables, notamment à certaines populations qui n'avaient pas été spécifiquement pointées dans le cadre de référence (les autochtones, les jeunes en difficultés autres que les jeunes de la rue, les travailleurs et travailleuses du sexe, les populations d'origine africaine et antillaise autres que la population haïtienne); mais aussi quels efforts devraient être poursuivis pour la population dite « générale ».

Avec 77% des tests VIH (et des rencontres pré et post test), la population générale a continué de recevoir une forte part des ressources des ÉPDITSS durant la période 1999-2002. La volonté de mieux couvrir certaines populations vulnérables pourrait impliquer de diminuer ou de cesser les services offerts par les ÉPDITSS à la population générale. On doit considérer que :

- Les ÉPDITSS constituent pour cette population la seule voie officielle d'accès au dépistage « anonyme » du VIH.
- Certaines ÉPDITSS joueraient aussi un rôle important dans l'accès au dépistage des autres ITSS que l'infection au VIH. En effet, il serait difficile actuellement d'obtenir un rendez-vous avec un médecin pour un dépistage d'ITSS (les personnes « symptomatiques » peuvent recevoir des services dans les urgences et les cliniques sans rendez-vous mais pas les personnes asymptomatiques) alors que les ÉPDITSS fournissent une évaluation rapide (avec ou sans rendez-vous), des tests gratuits et un counselling de qualité.
- Déjà, le taux de positivité de l'infection au VIH parmi cette population générale est faible. Comte tenu d'indications parfois vagues du dépistage des ITSS (ex. : le critère « Personne demandant un dépistage même en l'absence de facteurs de risques identifiés ou admis » est recevable comme indication de dépistage de l'infection gonococcique, de la syphilis, de la chlamydiose) et compte tenu de la prévalence faible de ces mêmes ITSS dans la population générale, le fait de maintenir des services à l'intention de cette population et d'intégrer d'autres dépistages ITSS que la seule infection au VIH peut réellement entraîner une dérive vers davantage d'inefficience des services.

Il y a certainement lieu de mieux cerner l'état de l'accès au dépistage des ITSS à Montréal pour la population générale, d'identifier des alternatives aux ÉPDITSS et, le cas échéant, de s'interroger sur des mécanismes de sélection de la clientèle (au niveau des services intra muros des ÉPDITSS) qui ne soient pas trop lourds à appliquer (« les gens n'ont pas leurs facteurs de risque inscrits dans le front »).

5.3.2 Services

Tel que mentionné précédemment, on a observé une certaine forme de sectorisation des services des ÉPDITSS : ainsi une ÉPDITSS spécialisée dans le travail de proximité faisait le contact auprès d'un client et établissait avec celui-ci qu'un dépistage du VIH était indiqué, elle référait celui-ci à une autre ÉPDITSS spécialisée dans le dépistage du VIH, qui elle-même pouvait, si le résultat du test était positif, référer le client à une troisième ÉPDITSS spécialisée dans la notification aux partenaires. Il s'agit pourtant là d'intervention préventives uniquement et pour une seule ITSS. On peut espérer que toutes les ÉPDITSS aient la capacité d'offrir à leurs clientèles, souvent difficiles à joindre et difficiles à mobiliser vers une référence, une large gamme de services préventifs susceptibles d'être indiquées non seulement pour l'infection au VIH mais aussi pour les autres ITSSS courantes et comme on le verra plus loin d'intégrer au besoin des services cliniques aux services préventifs.

D'autre part, la préoccupation d'intégrer les services doit prendre en compte la durée réaliste d'interaction entre un membre d'une ÉPDITSS et un client dans un contexte de proximité, « on ne peut pas tout faire en 15 minutes et on ne peut pas passer 50 minutes avec chaque client ». Plutôt que des services intégrés « mur à mur », il pourra parfois être davantage approprié de mettre en place des projets assez spécifiques portant par exemple sur le dépistage de l'infection gonococcique et de la syphilis chez les HARSAH, le dépistage de l'hépatite C et du VIH en milieu carcéral, le dépistage de la chlamydiose dans des Centres jeunesse.

Enfin, compte tenu des liens privilégiés que tissent les ÉPDITSS avec ces populations vulnérables, et des soins de celles-ci (par exemple éclosion récente de tuberculose active, 5 cas, parmi la population autochtone de Montréal, susceptibilité/vulnérabilité face à l'influenza...), les ÉPDITSS pourraient être appelées à « intégrer » d'autres activités de santé publique que la prévention et le contrôle des ITSS.

5.3.2.1 Dépistage du VIH

Les thérapies antirétrovirales améliorent grandement tant la durée que la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH. Parmi les personnes infectées par le VIH dont le décompte des CD4 était de 201-350 cellules par mL, le fait de débuter la thérapie antirétrovirale était associé à une réduction de la mortalité en comparaison avec le fait de retarder une telle thérapie jusqu'à ce que le décompte soit de moins de 200 cellules par mL. (Palella et coll. 2003). On croit que la thérapie peut également contribuer à la réduction de la transmission du VIH. Il est donc essentiel de détecter l'infection, or :

- On croit qu'une proportion significative de gens est encore détectée à un stade avancé de l'infection (CDC, Advancing HIV prevention 2003). Chez un peu plus de 40% de gens testés séropositifs dans la période 1994-1999, on avait posé un diagnostic de sida à l'intérieur de l'année ayant suivi leur test (Neal et coll. 2002). En tablant sur la déclaration obligatoire de l'infection au VIH au Québec, il devrait être maintenant possible de capter le statut clinique des gens chez qui on détecte l'infection pour la première fois de même que les caractéristiques de ces personnes et donc de dresser des objectifs concrets à atteindre en termes de réduction des délais de détection.
- On assume aussi qu'une proportion significative de personnes à risque n'est toujours pas testée. En fait, il apparaît que de 40 à 85% des membres des principales populations vulnérables de Montréal rapportent avoir été testés au moins une fois pour le VIH (voir chapitre 1 du présent document). Toutefois, bien que ces personnes peuvent croire avoir été testées pour le VIH, elles ne l'ont pas nécessairement été ou elles ne l'ont pas été à la fréquence recommandée selon leur situation d'exposition ou encore, elles n'ont jamais pris connaissance du résultat de leur test (par exemple si le test avait été fait dans un contexte de recherche).

Au Québec en 15 ans, le nombre annuel de test VIH (à des fins de dépistage, de diagnostic ou de recherche) a augmenté de 450%, passant de 41 222 en 1987 à 225 591 en 2001 (pour un total de 2,1 millions de test durant la période 1987-2001) alors que le taux de positivité chutait de 6,6% en 1987 à 0,74% en 2001 (Classens et coll 2002). Faisons nous malgré tout assez de tests (et offrons nous le test aux bonnes personnes) ? Les Centers for Disease Control des ÉUA pensent eux qu'il leur faut faire plus. Ils ont lancé en avril 2003 un nouveau programme, « Advancing HIV Prevention : New strategies for a changing epidemic », dont l'objectif est de réduire les barrières au diagnostic précoce de l'infection au VIH, d'assurer que toutes les personnes infectées aient l'opportunité d'être testées et d'avoir accès à des soins médicaux de qualité et à des services préventifs. Ce programme s'appuie sur 4 stratégies, dont certaines interpellent les ÉPDITSS : diminuer la transmission périnatale ; inclure l'offre de dépistage volontaire du VIH dans le bilan de routine des soins de santé ; développer de nouveaux modèles de détection de l'infection au VIH en dehors des contextes médicaux ; prévenir de nouvelles infections par des interventions auprès des personnes infectées et de leurs partenaires.

On notera que le virage récent dans l'application du dépistage VIH chez les femmes enceintes au Québec s'inscrit dans un esprit d'une offre plus « universelle » ou « de routine ». « Malgré l'existence depuis maintenant cinq ans du Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse, des enfants se retrouvent encore en 2003 infectés par le VIH. Une nouvelle stratégie s'est imposée, depuis juin 2003, le test de dépistage du VIH fait dorénavant partie d'un bilan prénatal complet » (Samson et Auger, 2003). Alors que la recommandation était initialement d'offrir à toutes les femmes enceintes le choix d'avoir un test après avoir reçu des informations sur l'infection au VIH, elle est maintenant d'inclure systématiquement le test au bilan prénatal (la femme enceinte a alors le choix de ne pas faire le test plutôt que le choix de le faire). Cette nouvelle recommandation est de nature à faciliter le travail des ÉPDITSS, l'une d'entre elle avait spécifiquement pour mandat de promouvoir le dépistage du VIH auprès des femmes enceintes haïtiennes. Par ailleurs, le plan de communication du MSSS prévoit des activités d'information auprès des intervenants en contact avec des femmes à risque au regard du VIH (milieu carcéral féminin, organismes communautaires UDI, prostitution, communautés ethnoculturelles haïtiennes et africaines, nouvelles arrivantes) auxquelles pourraient s'associer les ÉPDITSS.

En ce qui a trait aux modalités du dépistage de l'infection au VIH, deux aspects demeurent sujet à débats : le recours à un test rapide au point de service et le recours à une procédure assurant l'anonymat de la personne testée.

i) Test rapide au site d'intervention / point de service

Le test rapide de détection du VIH permet d'obtenir un résultat en quelques minutes. Le résultat négatif obtenu à l'aide de la trousse est fiable et permet au professionnel de la santé de boucler le test et le counselling au cours de la même visite. Cependant, i) tout résultat positif ou équivoque doit être confirmé (ce qui implique l'obtention d'un échantillon de sang veineux et un délai habituel pour l'obtention du résultat du test de confirmation, soit environ 3 semaines); ii) le test rapide n'élimine pas le problème de la « fenêtre » sérologique pendant laquelle une personne infectée n'a pas encore commencé à produire des concentrations détectables d'anticorps.

L'intérêt du test rapide serait donc :

- L'initiation précoce d'une prophylaxie (i. pour les travailleurs exposées à des liquides biologiques - test de la source; ou encore, ii. pour les femmes enceintes se présentant à l'accouchement sans avoir été testées au cours de la période prénatale ou qui se seraient exposées depuis) ou de comportements sexuels ou d'injection sécuritaires. En permettant aux individus séropositifs de connaître d'emblée leur statut (même si le résultat demeure à confirmer), on peut prévenir des infections additionnelles qui seraient survenues entre le moment d'un test standard et la réception des résultats.
- L'intervention auprès de populations marginales susceptibles de ne pas se présenter à un rendez-vous de suivi. Les CDC rapportent qu'en 2000, 30 % des personnes testées ne sont pas revenues pour leur résultat de test. (Advancing HIV prevention, 2003). Dans les ÉPDITSS de Montréal, le taux de retour des tests effectués en intra-muros et en milieu carcéral est élevé, de l'ordre de 90-95 % (alors qu'il était de l'ordre de 50% pour les quelques tests qui ont été effectués « à proximité » autre qu'en milieu carcéral).

- De nouvelles opportunités pour répandre le dépistage du VIH à des contextes non-traditionnels à haute prévalence (salles d'urgence, milieux de détention, services mobiles de dépistage, sites de proximité de rue ou dans les organismes communautaires). Cependant, s'il peut paraître approprié de faire un counselling pré-test et un prélèvement pour le VIH « à proximité », la remise d'un résultat positif dans certains contextes (par exemple, en sauna) peut être problématique tout comme l'augmentation de la durée d'interaction avec chaque client découlant de l'utilisation du test rapide (associer le *counselling* pré et post-test en une seule session et effectuer le test lui-même).

Bien que les trousses de dépistage rapide du VIH aient été approuvées pour le dépistage du VIH par les professionnels de la santé dans les points de service où un *counselling* adéquat est proposé (RHMTC 2000), on remarque une absence de recommandation formelle sur les indications d'utilisation de celles-ci. Les ÉPDITSS au Québec n'ont pas effectué de test rapide. Le retrait de la trousse Fast-Check au Canada le 29 avril 2002 a temporairement suspendu le débat sur le recours au test rapide mais l'approbation récente de la trousse OraQuick aux Etats-Unis (et son éventuelle homologation au Canada) va le raviver. Il sera nécessaire que les ÉPDITSS se préparent à prendre position.

> Le 29 avril 2002, Santé Canada a émis un avis public concernant la sensibilité des trousses de test rapide qu'il avait initialement certifiées en mars 2000 : « il est possible que des personnes aient reçu des résultats faux négatifs donnés par certaines trousses de dépistage rapide du VIH - la trousse de dépistage Fast-Check HIV-1/2 (sérum) et la trousse de dépistage Fast-Check HIV-1/2 (sang entier). Le fabricant, BioChem ImmunoSystems, a convenu de cesser la vente de tous les lots de ces trousses. »
>
> En janvier 2003, un nouveau test rapide, l'OraQuick Rapid HIV, a été approuvé par la FDA américaine. Il s'agit d'un test sur sang complet doté d'un contrôle interne, dont la sensibilité serait de 99,8% et la spécificité de près de 100% (Fears, 2001). Le résultat est disponible en une vingtaine de minutes.

ii) Test nominatif, confidentiel ou anonyme

Au Québec, des services de dépistage anonyme du VIH ont été mis sur pied à partir de 1987 en considérant que la peur d'un bris de confidentialité et d'une éventuelle stigmatisation pouvait constituer un frein à l'utilisation des services de dépistage. Avec l'avènement des nouvelles thérapies, le dépistage anonyme est-il toujours nécessaire ? Le tableau suivant présente différents arguments en faveur et à l'encontre du dépistage anonyme. Il y a lieu de croire que la déclaration obligatoire de la séropositivité au VIH promulguée tout récemment (bien qu'il s'agisse d'une déclaration non nominative) ainsi que la criminalisation de l'exposition d'un tiers au VIH pourraient particulièrement avoir l'effet de diminuer le recours au test VIH ou encore d'augmenter la demande d'une procédure anonyme de dépistage.

- Typologie des procédures de dépistage. On répertoire trois types de procédures : Nominative: le résultat du test est lié au sujet par son nom et le nom de son médecin; Non nominative (confidentielle): le résultat du test est lié au sujet par un code connu seulement de lui-même et de son médecin; et Anonyme: le résultat du test est lié au sujet par un code connu de lui seul, personne d'autre, incluant le médecin ou l'intervenant, ne peut en aucune façon lier le nom de la personne à la procédure, à l'échantillon ou au résultat du test.

- Déclaration obligatoire de l'infection au VIH: L'infection par le VIH est devenue une maladie à déclaration obligatoire depuis le 18 avril 2002 par modification au Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique. Obligation est donc faite au laboratoire (i.e. LSPQ) de transmettre à la personne désignée par le Ministre les résultats de tests anti-VIH confirmés positifs et aux médecins requérants de fournir le numéro d'assurance-maladie des patients et les renseignements épidémiologiques prescrits par le Règlement. Obligatoire la déclaration de la séropositivité au VIH de manière non nominale mais codée à partir d'une donnée identifiante: le numéro d'assurance-maladie.
- Criminalisation de l'exposition au VIH. En 1998, la cour Suprême du Canada a statué qu'une personne qui sait qu'elle est séropositive et qui a des rapports sexuels non protégés sans divulguer son état de santé à son partenaire peut être déclarée coupable de violation des dispositions de l'art. 265 du Code criminel.

Avantages et inconvénients de l'anonymat

Avantages	Cependant
La procédure anonyme incite davantage les gens à subir un test. Cet aspect prendra peut-être encore davantage d'importance compte tenu de: - la déclaration devenue obligatoire au Québec des cas de séropositivité au VIH et - la criminalisation de la non-divulgation de la séropositivité au VIH.	Lorsque les personnes infectées entreprennent une thérapie médicale, les démarches et tests de suivi clinique ne peuvent plus être anonymes (malgré tout, le fait que la procédure de dépistage soit anonyme conserve à l'individu la possibilité de choisir lui-même le moment de laisser tomber l'anonymat et de se prévaloir d'aide médicale).
La procédure anonyme incite particulièrement les personnes les plus vulnérables à subir un test:	Tel que présenté au chapitre 3.2, les centres de dépistage anonyme de la région de Montréal-Centre, rejoignent peu les groupes les plus touchés par le VIH/sida. Les comparaisons entre un service local régulier et son équivalent anonyme supportent l'hypothèse que le service anonyme rejoint mieux les hommes ayant des relations avec d'autres hommes (15% contre 8%), mais moins les UDI que le service régulier. L'anonymat constitue vraisemblablement une préoccupation plus grande pour deux des clientèles prioritaires, à savoir: les hommes ayant des relations avec d'autres hommes et les femmes en situation à risque (Lebeau et coll. 1998).
La procédure anonyme assure la confidentialité non seulement du résultat du test mais aussi du fait que l'individu ait passé un test. Pour certaines compagnies d'assurance, le seul fait d'avoir passer un test VIH signe un risque accru d'infection et justifie le rejet de la demande d'assurance.	Compte tenu de l'implantation d'une offre universelle de test pour les femmes enceintes, le fait de subir un test ne devrait plus être interprété par les compagnies d'assurance comme un signe de risque accru d'infection au VIH.
L'anonymat n'est pas le seul élément distinctif du service anonyme. En effet, le service implique de l'information bien rendue (counselling pré-test et post-test, la révision des mesures préventives, etc.) et la globalité de l'intervention.	

Avantages	Cependant
La procédure de dépistage anonyme	
Entrave la cueillette de données épidémiologiques	Le processus de déclaration obligatoire de l'infection au VIH comprend une codification du résultat du test qui permet l'appariement avec un test antérieur ou ultérieur chez la même personne tout en assurant une complète confidentialité. De toute façon, " Afin d'établir des données sur la séroprévalence, des études épidémiologiques sont plus utiles car l'auto sélection rattachée au test volontaire peut fausser le portrait de la prévalence du VIH au sein de la population " (Jürgens et Palles 1997).
Compromet la notification aux partenaires	La notification aux partenaires est une démarche volontaire; l'importance de la notification et de la collaboration des patients doit être soulevée lors du *counselling* pré et post test. Même dans les cas où les responsables de la santé publique désirent effectuer ou superviser une notification aux partenaires, la déclaration par code ou autres moyens peut quand même conduire à la personne séropositive nécessaire à la relance des contacts (Hamblin et Somerville 1991).
Favorise que les personnes dépistées ne retournent pas chercher le résultat de leur test.	Selon les études disponibles (Jürgens et Palles, 1997), et selon l'expérience rapportée par les ÉPDITSS-services intra-muros, les personnes ayant subi un test reviennent chercher leur résultat.
Est onéreuse	Pas nécessairement, dans l'évaluation du programme de test anonyme de l'Ontario, on a évalué à 44 $ le coût d'un test anonyme, comparativement au double (100 $) chez un médecin. (Ministère de la santé de l'Ontario 1994, cité dans Jürgens et Palles 1997).

Depuis 1999, l'ÉPDITSS des Faubourgs offre à chaque client de choisir la procédure qu'il préfère : soit anonyme, soit non nominative-« confidentielle » (un dossier nominal est ouvert mais la requête envoyée au laboratoire ne porte qu'un numéro de code). En 2001-2002, une forte proportion (58,3%) des personnes testées a choisi la modalité non nominative. Cette observation supporte l'opinion de Lebeau et coll. (1998) qui estimaient que si les gens étaient informés des diverses alternatives, il est probable que le test confidentiel répondrait bien aux besoins de la plupart. Mais elle va à l'encontre de la forte proportion d'usagers (plus de 90 % à l'ÉPDITSS Métro comme à l'ÉPDITSS des Faubourgs en 2001-2002) qui ont répondu « oui » à la question : est-ce que « l'anonymat est un aspect important dans le fait de recourir au service ». Cette question du formulaire type en usage dans les équipes de dépistage du Québec demeure difficile à interpréter selon les intervenants; il leur semble que le plus souvent les gens, tout en exprimant une volonté de confidentialité, ne consultent pas dans les cliniques de dépistage anonyme pour l'anonymat de la procédure mais pour l'accessibilité et la qualité de l'intervention. En milieu carcéral, les détenus ne manifestent pas de réticence à l'égard de la modalité nominative qui est la seule offerte.

Cependant, à l'ÉPDITSS du CLSC des Faubourgs en 2001-2002, le taux de positivité parmi les tests anonymes (2,2 %) s'est révélé nettement plus élevé que celui obtenu parmi les test non nominatifs-confidentiels » (0,3 %), ce qui laisse croire que les personnes les plus susceptibles d'être infectées préfèrent

une procédure anonyme. Les données disponibles ne permettent pas de comparer les caractéristiques des personnes qui demandent un test anonyme de celles qui ne le demandent pas. Par ailleurs, les gens qui choisissent l'option anonyme seraient peut-être davantage susceptibles de se faire tester à répétition, ce qui pourrait refléter un niveau plus élevé d'exposition au VIH. En effet, depuis que cette option est offerte, la proportion des consultations par des personnes ayant un antécédent de test antérieur (répéteur) est passé de 56,8 % en 1999-2000 à 67,2 % en 2001-2002 parmi les personnes ayant choisi un test anonyme à l'ÉPDITSS des Faubourgs (à noter cependant cette proportion n'est pas connue pour les personnes qui ont choisi l'option non-nominative-confidentielle, il n'est donc pas possible de comparer les deux contextes).

Il y a probablement encore lieu de continuer à offrir une option d'anonymat aux populations vulnérables pour le test du VIH (et même de manifester une ouverture à une procédure qui n'implique pas de recueillir le véritable nom de la personne pour un test de la syphilis ou d'une autre ITSS). Il serait utile de mieux connaître les déterminants du recours des diverses populations aux divers tests de dépistage des ITSS et de situer particulièrement le rôle que joue l'anonymat de la procédure. Toutes les équipes devraient être en mesure d'offrir chacune des options de dépistage : confidentiel, anonyme et nominatif. D'autres instances que les ÉPDITSS pourraient offrir une procédure anonyme. À la clinique l'Actuel, une clinique spécialisée dans l'évaluation et le traitement des ITSS, on offre une procédure non-nominative depuis plusieurs années

5.3.2.2 Dépistage des ITS bactériennes (chlamydiose, infection gonococcique et syphilis)

Une forte proportion des personnes infectées par une ITS bactériennes demeurent asymptomatiques et de ce fait sont moins susceptibles de reconnaître l'infection en l'absence d'un programme de dépistage. La présence des ces ITS augmente la contagiosité des personnes infectées par le VIH et augmente la susceptibilité à l'infection au VIH de celles qui ne le sont pas. Le dépistage précoce de ces ITS et leur traitement constituent donc une stratégie essentielle de la lutte contre le sida (CDC 1998).

Des indications de dépistage ont été stipulées dans le « Guide de soutien aux établissements... » Elles seront mises à jour suite à la révision en cours des Lignes directrices canadiennes sur les ITSS de même qu'avec la production et la diffusion prochaine d'un Protocole québécois de dépistage des ITSS. Il demeurera toutefois nécessaire de différencier une indication établie au niveau individuel et la mise sur pied d'un programme systématique de dépistage dans une population (par exemple, il peut être approprié de proposer le dépistage de la syphilis à un UDI selon l'approche de l'« Examen médical périodique » mais il n'est pas pertinent actuellement à Montréal de promouvoir activement le dépistage de la syphilis parmi les UDI). De plus, nous ne disposons pas d'études récentes de type coût-efficacité portant sur le dépistage des ITSS, de sorte qu'au delà de reconnaître certains facteurs de risque (par exemple le fait que les femmes âgées de moins de 25 ans soient plus susceptibles d'être infectées par la chlamydiose que leurs aînées) nous ne pouvons préciser le seuil de prévalence de l'infection dans ce groupe d'âge à partir duquel un dépistage systématique est actuellement justifié.

La mise sur pied du projet pilote d'accessibilité au test de la chlamydiose et de l'infection gonococcique par amplification des acides nucléiques (TAAN) sur prélèvement urinaire visait à donner au personnel des

ÉPDITSS des moyens d'agir utilement à proximité. On doit reconnaître toutefois les limites du test en regard de la détection de l'infection gonococcique : i) chez la femme, la sensibilité du test TAAN sur prélèvement urinaire pour la détection de l'infection gonococcique est nettement inférieure à celle de la culture sur prélèvement génital (65% vs 85%); ii) chez l'homme asymptomatique, la sensibilité du test TAAN sur prélèvement urinaire ainsi que la celle de la culture sur prélèvement génital sont similaires et faibles (de l'ordre de 50%); iii) les infection gonococciques sont fréquentes à d'autres sites que l'urètre (pharynx, rectum); iv) un résultat positif pour gonococcie sera disponible seulement après qu'une analyse de confirmation ait été effectuée, soit environ 3 à 4 semaines après la réception du prélèvement au premier laboratoire. Enfin, le contrat avec le laboratoire de microbiologie du CHUM portant sur ce projet doit être reconduit formellement, et le financement assuré; on doit tenir compte dans la planification budgétaire d'une croissance prévisible du nombre de tests qui seraient demandés par les ÉPDITSS consécutivement à l'implantation de la Loi 90.

Même si les infirmières et les infirmiers n'ont plus à obtenir une ordonnance individuelle ou permanente pour procéder au dépistage chez les personnes asymptomatiques, l'intégration du dépistage des ITS bactériennes à proximité comporte divers enjeux non soulevés jusqu'alors par les activités de vaccination contre les hépatites A et B auxquelles les ÉPDITSS avaient largement participées au cours de période à l'étude : i) un temps d'interaction avec le client plus important que lors d'une sessions de vaccination de groupe notamment à cause de la discussion des facteurs de risque et des prélèvements; ii) un mécanismes d'ouverture de dossier, qui n'était pas obligatoire dans la démarche de sessions de vaccination de groupe; : iii) la nécessité d'une évaluation clinique même sommaire (possibilité d'infection aigue commandant une intervention immédiate), qui inclus un examen/prélèvement génital lorsque la consultation a lieu en intra muros; iv) la réception et la gestion des résultats incluant le suivi des cas positifs (éventuellement la remise d'une médication antibiotique ou une référence rapide à un médecin, par exemple dans le cas d'une sérologie positive pour la syphilis).

5.3.2.3 Dépistage de l'hépatite C

Les UDI acquièrent rapidement l'hépatite C après avoir commencé à s'injecter, plus rapidement qu'ils n'acquièrent l'hépatite B ou l'infection au VIH (CDC 1998). Un traitement antiviral peut empêcher la survenue de complications et possiblement même, lorsque débuté précocement, éradiquer le virus chez l'individu infecté (National institute of health, 2002).

Le test de dépistage est évidemment indiqué chez les UDI. Cependant, compte tenu : i) du fait qu'une majorité des UDI de Montréal sont infectés, « on sait déjà que le test va être positif »; ii) de la forte proportion des UDI rapportant avoir déjà eu un test de l'hépatite C (85%, Morissette et Cox 2003); iii) de la complexité de la prise en charge des cas positifs (autant le processus d'évaluation de l'état clinique que le suivi de la thérapie, spécialement si la personne est co-infectée par le VIH); iv) de la rareté des ressources médicales en mesure d'assumer cette prise en charge; v) des conditions posées à l'initiation d'une thérapie (arrêt de consommation, fidélité à la thérapie), vi) ou encore des opinions controversées sur l'effet de la seule connaissance du statut sérologique sur l'adoption de modifications bénéfiques du comportement

(consommation d'alcool et habitudes nutritionnelles, vaccination, pratiques de partage du matériel d'injection...) (Loxley et coll. 2001, Ompâd et coll. 2002), on peut se demander s'il est très utile de développer un programme de dépistage visant la population UDI largement.

Le dépistage devrait possiblement être réservé aux personnes engagées dans un processus de désintoxication ou dans un contexte (la détention) facilitant la synchronisation des multiples facettes de la prise en charge. On pourrait cependant rétorquer qu'il demeure essentiel de proposer le dépistage même si les circonstances ne sont pas « facilitantes » car si tous les UDI infectés par le VHC ne satisfont pas les conditions d'éligibilité à une thérapie virale, tous peuvent bénéficier d'une approche de soins globaux et de réduction des méfaits, une approche qui leur permette progressivement de se donner ces conditions.

5.3.2.4 Vaccination contre les hépatites A et B

Le programme universel de vaccination contre les hépatites B en quatrième année du primaire a débuté en 1994 et se poursuit depuis; par ailleurs, une opération de « rattrapage » auprès des étudiants de secondaire V s'est déroulée dans toutes les écoles localisées sur l'île de Montréal en 1997-1998. En 1996-1998, une vaste campagne de vaccination contre les hépatites A et B a été organisée auprès des HARSAH, au moins une première dose de vaccin a alors été administrées à environ 10 000 hommes. Entre janvier 1997 et décembre 1999, un projet régional de vaccination contre l'hépatite B auprès des jeunes de la rue a permis d'administrer au moins une première dose de vaccin à 1 300 jeunes. De plus, les participants à la cohorte Oméga (des HARSAH) et à la cohorte du service de désintoxication du CHUM- pavillon St-Luc (des UDI) se voient offrir la vaccination contre l'hépatite B depuis plusieurs années. Enfin, Le programme régional actuel à l'intention des populations vulnérables a administré 5 628 doses depuis ses débuts le 30-06-2001 jusqu'au 31 décembre 2002. Parallèlement, à ces diverses activités de vaccination, le nombre de cas aigus d'hépatite A et B déclarés annuellement à la DSP de Montréal-Centre a chuté drastiquement au cours des dernières années, passant respectivement de 265 cas et 84 cas en 1997 à 37 cas et 30 cas en 2002.

Selon le personnel des ÉPDITSS, il semble qu'une forte proportion des membres des populations vulnérables rapportent une immunité naturelle ou acquise contre les hépatites A ou B. Il est important d'entreprendre des travaux pour objectiver ce niveau d'immunité selon chacune des populations vulnérables et de déterminer si un programme intensif de vaccination est toujours pertinent et, le cas échéant, quelles modifications devraient y être apportées (dont l'indication d'une sérologie pré-vaccination). Entre temps, les UDI constituent une clientèle prioritaire, notamment à cause de la morbidité associée à des infections concomitantes au VHC, au VHA, au VHB et au VIH.

Par ailleurs, en termes de modalités du programme de vaccination, le personnel des ÉPDITSS est toujours encouragé à : i) implanter le calendrier accéléré de Twinrix (une dose aux jours 0, 7 et 14 avec un rappel à un an, pour un total de 4 doses) auprès des clientèles vulnérables âgées de 19 ans et plus rejointes dans des contextes « à proximité » (on croit qu'en plus de conférer rapidement une protection à des individus à haut risque d'exposition, un calendrier accéléré de vaccination contre les hépatites A et B augmente la fidélité à compléter le calendrier vaccinal); ii) offrir aux UDI des doses doubles de vaccin contre l'hépatite B, comme

cela est recommandé aux personnes immunosupprimées (une proposition qui a été soumise au Groupe provincial sur l'acte vaccinal).

5.3.2.5 Éducation à la santé

Une des tâches du personnel des ÉPDITSS est de mobiliser et de soutenir ses clientèles vers l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires. Mais au delà d'informer sur les modes de transmission, la présentation clinique ou les conséquences des ITSS ou encore de décrire ou de discuter des pratiques sécuritaires, comment déclencher et accompagner des changements de pratique sexuelle et d'injection.

Peu de travaux sont disponibles sur l'efficacité d'interventions individuelles brèves visant l'adoption de comportements sexuels sécuritaires. Kamb et coll (1998) ont comparé l'efficacité de deux formules de counselling individuel interactif centré sur la réduction du risque (groupe I : quatre séances d'un total de 200 minutes; groupe II : deux séances d'un total de vingt minutes) à celle de messages didactiques de prévention couramment mentionnés aux patients en pratique (groupe III). Par rapport à l'approche didactique, les approches interactives ont permis une diminution de 30% à six mois et de 20% à douze mois, de l'incidence de nouvelles ITS (infection gonococcique, chlamydiose, syphilis et VIH, déterminées par un test de laboratoire). À noter que les résultats des groupes interactifs (I et II) étaient relativement similaires. Ainsi des interventions brèves au cours desquelles les patients sont encouragés à discuter et à élaborer leur propre plan de réduction de risque peuvent diminuer le nombre d'ITS. Un atelier portant sur la présentation et la discussion de l'approche motivationnelle (incluant les étapes du processus de changement selon Prochaska et Di Clemente) a été tenu lors des sessions de formation organisées par la DSP à l'intention des ÉPDITSS en 2001-2002. Des programmes visant la modification de comportement, par exemple des programmes d'arrêt du tabagisme se sont inspirés de telles approches dont l'application possible aux comportements sexuels devrait être explorée et le cas échéant, conduite.

Une intervention individuelle structurée et systématisée devrait par ailleurs être articulée de manière complémentaire (idéalement à l'intérieur de projets communs) avec les intervenants des organismes communautaires impliquées dans la lutte aux ITSS, lesquels ont comme principal mandat l'éducation, la prévention et la promotion de la santé auprès de leur population respective. Une démarche d'analyse des besoins de formation pour les intervenants des organismes communautaires oeuvrant dans le cadre du Programme de prévention du VIH, des ITS et des hépatites de la Régie régionale de Montréal-Centre a été entreprise en avril 2003. Elle a pour objectifs d'identifier les connaissances, les compétences, les aptitudes requises ainsi que les besoins actuels reliés au travail de proximité, de déterminer les apprentissages essentiels communs au travail de proximité et aussi d'envisager les mesures autres que la formation pour soutenir les intervenants dans leur action. Elle prend appui sur des entrevues individuelles auprès de 15 intervenants et de 6 directeurs d'organismes communautaires de même qu'auprès de 3 interlocuteurs clés. Les résultats devraient être disponibles en janviers 2004 (Lépine, Labesse, en cours) et faire notamment ressortir des pistes d'action sur la modification des conduites à risque ainsi que sur l'articulation des intervenants communautaires avec les ÉPDITSS et le réseau de la santé.

5.3.2.6 Notification aux partenaires

La notification aux partenaires (NP) est le processus par lequel les partenaires (sexuels, de partage de matériel d'injection.) sont identifiés, localisés, évalués, traités et conseillés en matière de prévention. La démarche de notification inclue la détermination des partenaires de la période d'infection, l'établissement pour chacun d'eux d'une entente de notification avec le cas-index, le suivi, et des communications avec les partenaires au besoin). Le personnel des ÉPDITSS doit entreprendre une telle démarche de notification avec toute personne chez qui il a lui-même identifié une infection dans le cadre d'une intervention de dépistage, quelle que soit l'ITSS. Le personnel des ÉPDITSS est possiblement confronté aux mêmes obstacles que les médecins : intrusion dans la vie des cas-index et des partenaires, contrat thérapeutique établi avec un cas-index et non avec des partenaires (sentiment mitigé de responsabilité envers les partenaires), tâche lourde et souvent frustrante. Comme les équipes ont dépisté relativement peu de cas d'ITSS, elles n'ont pas eu jusqu'à maintenant l'occasion de développer leur expertise à cet égard.

Par ailleurs, se pose la question d'un service régional de soutien à la notification aux partenaires qui pourrait être confié à une ou quelques ÉPDITSS.

Une équipe de la DSP de Montréal maintient depuis quelques années un **service régional de soutien à la notification pour les ITS bactériennes**. Selon une évaluation faite il y a quelques années, l'intervention de ce service (mené en dehors de sites cliniques, auprès d'une clientèle fortement urbanisée, auprès d'un groupe sélectionné présentant des situations de notification plus difficiles et pour des cas de chlamydiose et d'infection gonococcique) a permis d'aviser 40% des partenaires qui n'étaient pas encore avisés au moment de la 1ère communication de l'intervenante de santé publique avec le patient, soit 17% de l'ensemble des partenaires qu'avaient eu les cas-index au cours de la période d'infection (Lambert et coll. 1998).

Un **service régional d'aide à la notification aux partenaires concernant spécifiquement l'infection au VIH** et basé dans un CLSC (en lien avec une ÉPDITSS) a été expérimenté récemment à Montréal. Un financement total de 45 073 dollars a été accordé à ce CLSC par la DSP pour la période débutant le 1 avril 2000 et se terminant le 31 janvier 2003, reparti par tranche de 15 000 dollars par année, ce montant couvrant, à raison de 1,3 équivalent temps complet par semaine, le salaire de l'intervenant(e) responsable du programme, laquelle appartenait à une ÉPDITSS. Ce programme a fait l'objet d'une évaluation (Adrien et Lalonde, 2003) :

> « Le programme a reçu entre le 1e février 2000 et le 31 janvier 2003 un total de 42 demandes, près de la moitié d'entre elles (19 demandes) ont été enregistrées au cours de l'année 2002-2003. Celles-ci proviennent de diverses sources : personnes infectées, professionnels et intervenants offrant des soins et de services, directions de santé publique, population. La majorité des appels reçus par le programme ont été logés par des professionnels et intervenants offrant des soins et des services (32 appels sur 42). Ces appels visaient soit à obtenir une information ou un conseil, soit à solliciter l'intervention du service (respectivement 11 et 31 appels. Un total de 10 de ces demandes ont été considérés comme n'étant pas du ressort du programme.
>
> Parmi les demandes d'intervention adressées à PVP-VIH et considérées comme étant de son ressort (25 demandes), six n'ont pu, pour des raisons liées à de questions de consentement, être retenues pour une implication subséquente du programme au niveau de la notification. Au total, 24

partenaires ont été référés au programme pour un soutien à la notification, la plupart pour être avisés par le programme, et de manière à protéger l'anonymat du cas index. Parmi l'ensemble de ces partenaires, huit ont pu être informés par le programme de leur exposition possible au VIH, et un a été avisé par la personne infectée avec le soutien de l'intervenante.

Le jugement sur ces résultats doit prendre en compte les éléments suivants : le niveau de développement du service au moment de son transfert au CLSC ; les ressources limitées consenties pour l'implantation du programme ; le niveau insuffisant de promotion du service (le soutien apporté par la DSP au cours de la troisième année de fonctionnement du programme a cependant contribué à amoindrir cette difficulté) le contexte qui entoure le VIH, lequel implique que la mise en œuvre du programme dépend exclusivement des demandes qui lui sont adressées ; la nature des situations qui amènent à formuler une demande de soutien au programme ».

Compte tenu d'un ensemble de critères : imputabilité et mandat légal de surveillance et de protection/intervention (incluant la conduite d'enquêtes épidémiologiques parallèlement à la démarche de notification aux partenaires), facilité d'accès aux déclarations provenant des laboratoires et des médecins traitants et gestion de celles-ci, acceptabilité du service de soutien par les acteurs locaux, masse critique d'intervenants attitrés à la tâche (qualité de la formation, niveau d'exposition à la tâche et expérience, délais d'intervention, qualité de l'encadrement, constance et régularité du service), disponibilité du soutien de médecins conseils, faible étendue du territoire géographique à couvrir, liens avec les milieux cliniques à fort débit d'ITSS, capacité de prise en charge clinique des partenaires, dispositions permettant d'assurer la confidentialité et la protection juridique, financements disponibles, nature évolutive et variable des besoins de surveillance/protection selon la situation épidémiologique, on peut croire qu'actuellement dans la région de Montréal, un tel service régional devrait être confié à une seule instance, couvrir l'ensemble des ITSS et relever directement de la Direction de santé publique.

5.3.2.7 Services psychosociaux

Les quatre anciennes ÉPDITSS dispensent toutes des services psychosociaux. Pour trois de celles-ci, les services résultent principalement de demandes de consultations provenant d'équipes médicales du bassin de desserte des ÉPDITSS et couvrent une variété de conditions autres que l'adaptation initiale au diagnostic. Essentiellement, les services sont orientées vers les personnes infectées par le VIH (ou encore co-infectées VIH-VHC).

Le suivi psychosocial visant l'adaptation au diagnostic est de première importance. Cependant, dans l'esprit de la stratégie du CDC mentionnée plus tôt « prévenir de nouvelles infections par des interventions auprès des personnes infectées et de leurs partenaires », les interventions favorisant l'adoption de comportements sécuritaires et supportant la fidélité au traitement devraient être renforcées. Les résultats préliminaires d'une étude montréalaise révèlent que 21 % des HARSAH qui se savaient infectés par le VIH rapportaient avoir eu au cours des 6 derniers mois au moins une pénétration anale non protégée par un condom avec un partenaire connu séronégatif pour le VIH ou avec un partenaire dont le statut sérologique pour le VIH était inconnu (Beauchemin et Cox, 2003, CAHR 2003). Cette observation va dans le sens d'autres travaux qui ont mis en évidence que les personnes séropositives étaient moins préoccupées par le fait de transmettre l'infection (Vanable et coll. 2000, Miller et coll. 2000). Le projet Sexe au positif (D'Astous et coll. 1998) reflétait cette

préoccupation d'intervenir auprès des personnes récemment détectées positives; il a mis en lumière que les PPVIH pouvaient demander un suivi au delà de la période immédiate suivant le diagnostic. « Notre expérience semble confirmer que les hommes récemment diagnostiqués sont davantage préoccupés par la gestion de la crise après l'annonce de leur séropositivité, les traitements médicaux et le dévoilement aux proches. À ce stade, ils sont pour la majorité abstinents sexuellement et ne sont pas encore confrontés aux difficultés associées à la poursuite de leur vie sexuelle et amoureuse ou à l'adoption et le maintien du sexe sécuritaire. La majorité des personnes qui étaient dans cette période consultaient pour 1 ou 2 rencontres et avaient davantage besoin d'information et d'être rassurées. On note également qu'il est difficile au sein d'une relation d'aide d'aborder la question de la notification des partenaires antérieurs; les avantages pour le client ou le patient ne sont pas évidents alors que les désavantages le sont ».

Une ÉPDITSS a débuté en 2003 une formule de « groupes de rencontre » à l'intention de personnes infectées par le VIH qui ont appris leur séropositivité depuis relativement peu de temps. L'adoption de pratiques sexuelles sécuritaires est discutée, sur le mode du partage. Le groupe est ouvert à toutes les personnes infectées quelque soit leur sexe, leur orientation sexuelle ou leur communauté ethnoculturelle.

5.3.2.8 Soins cliniques / accompagnement à la prise en charge clinique

Certains jeunes de la rue, UDI ou autochtones vivant des situations d'itinérance, de désorganisation sociale et d'isolement affectif sont plus susceptibles de requérir des soins de santé primaires (ou encore une forme d'encadrement / accompagnement à la prise en charge de problèmes cliniques) de la part des infirmiers et infirmières des ÉPDITSS.

Ce type d'intervention peut constituer un complément ponctuel à une activité de dépistage ou de vaccination; mais aussi une étape incontournable et parfois longue dans l'établissement d'une relation de confiance (« il faut commercer par être à l'écoute du besoin immédiat des personnes que l'on rencontre »), laquelle pourra permettre ultérieurement des interventions de prévention des ITSS. Mais, comme le mentionnait une infirmière d'une ÉPDITSS, cette ouverture peut aisément tourner au « bras dans le tordeur », ou au « pied dans le panier de crabes » : « dans le cas de clients multiproblématiques, on ne sait pas trop où on s'arrête, quelles sont les frontières de notre mandat et de notre compétence ». L'expérience des ÉPDITSS à cet égard est encore limitée. En 2001-2002, les soins cliniques ont surtout pris la forme de soins de plaies et de soins de pied. On doit continuer de capter et de circonscrire les besoins de la clientèle. Selon des intervenants d'organismes oeuvrant auprès d'UDI, il serait vraiment utile qu'une infirmière clinicienne polyvalente, assurant notamment la liaison des clients avec les ressources de 2^{ième} ligne, visite sur une base régulière les programmes d'échanges de seringues (PES).

La question n'est pas de savoir si les ÉPDITSS doivent pratiquer une approche de santé globale face à certaines clientèles ou si elles doivent s'inscrire dans une organisation régionale de services cliniques pour certaines clientèles mais plutôt de savoir comment, jusqu'à quel point et à partir de quels financements, elles s'engagent dans ces voies. Il va aussi de soi que toutes ÉPDITSS qui s'impliquent dans la dispensation de soins globaux comportent des intervenants psychosociaux.

D'autre part, des discussions sont toujours en cours entre le Ministère de la sécurité publique provinciale et le CLSC Ahuntsic pour le transfert des services de santé de l'établissement de Montréal et de Rivières des Prairies sous la responsabilité du CLSC. Afin d'éviter de travailler en silo, les différents services devront s'articuler entre eux et avec les autres services du milieu carcéral. Parmi ceux-ci figurent aussi le programme des équipes de prévention et de dépistage des ITSS. Compte tenu des grands besoins en termes des services cliniques (dont par exemple, le maintien à la méthadone), comment éviter que les ressources en services préventifs, le personnel de l'ÉPDITSS d'Ahuntsic, soient déviées vers la dispensation de soins ?

5.3.3 Interventions « de proximité »

L'intervention «de proximité » a pour objectif d'assurer à la clientèle une accessibilité temporelle (immédiateté), géographique, financière et culturelle qui réponde à ses caractéristiques.

- **Modèle d'intervention de services de proximité**

À mesure que se développera l'expérience des ÉPDITSS, on sera à même de mieux comprendre par des histoires de cas le profil de l'intervention à proximité :

expliciter l'intervention,

entre le centre de prélèvement ambulant et le service de relation d'aide, entre la consultation individuelle avec continuité (type « case management » : « à chaque UDI son ange gardien et son plan d'évaluation-intervention individuel ») et la session de groupe (type « run de lait » un lundi soir sur 3), entre la promotion « à proximité » de services/établissement d'un 1er lien (recrutement, se faire connaître) et la dispensation « à proximité » de services...

décortiquer les modes et les lieux les plus souhaitables de rapprochement avec les clientèles,

entre la piquerie et le milieu carcéral, entre les églises et les écoles de raccrocheurs (l'infirmière de l'ÉPDITSS qui intervient dans une école de raccrocheur ne remplace-t-elle pas simplement l'infirmière scolaire qui devrait être présente dans cette école), entre le motorisé couvrant un large territoire et la « porte d'à côté » (le drop in de l'organisme Dopamine est maintenant hébergé dans les locaux mêmes du CLSC HMN, tout comme l'équipe Jeunes de la rue est situé au sous-sol du site Sanguinet du CLSC des Faubourgs)...

déterminer les compétences professionnelles requises,

Travailleur de rue, infirmière de rue, travailleur social de rue, médecin de rue..).

Les dynamiques et les opportunités vécues au sein des diverses populations (et des sous-groupes à l'intérieur de ces populations), des divers organismes communautaires et des divers établissements du réseau varient beaucoup. Il n'y probablement pas de modèle unique.

- **Pertinence de services de proximité.**

Selon des intervenants, les CLSC, par la gratuité de leurs services, par l'accessibilité géographique, par la familiarité de la population, sont déjà des lieux « de proximité », bien perçus et fréquentés par les jeunes. « Les gens qui en ont besoin viennent au CLSC; plutôt que d'essayer d'aller en rejoindre davantage, il faut

tenter d'aller plus loin avec ceux qui se présentent ». « Et puis, à quoi sert de faire un dépistage à proximité si c'est pour demander aux gens de venir éventuellement au CLSC pour chercher leurs résultats et un traitement ».

- **Faisabilité de services de proximité.**

«Agir à proximité c'est de faire un moins bon acte infirmier, c'est vacciner dans de moins bonnes conditions, de faire un examen ou un *counselling* dans de moins bonnes conditions ». Il faut se donner les moyens de la proximité (accessibilité aux tests, conditions physiques des lieux, niveau de sécurité...). Pour une ÉPDITSS, agir à proximité demande aussi un positionnement de tout son CLSC, un effort pour définir ce qui est « acceptable » en tenant compte des procédures de l'établissement, des enjeux éthiques qui sont soulevés et des attentes que l'on suscite de la part des partenaires locaux.

- **Efficience de services de proximité.**

Pour certaines infirmières des ÉPDITSS, il apparaît plus efficient d'offrir des services en CLSC (et de voir beaucoup de clients) que « de perdre du temps à se promener dans les rues et voir bien peu de gens » . Selon elles, il faut plutôt consentir des efforts soutenus de promotion des services à l'extérieur pour inviter les gens à venir au CLSC. D'autre part, tel qu'on l'a vu au chapitre 1.4, ce n'est pas parce qu'on offre un service de dépistage à proximité qu'on rejoint nécessairement les populations plus vulnérables ou que les membres les plus à risque des populations vulnérables rejointes dans des lieux de proximité vont se montrer intéressés et recourir aux services.

« Au Québec comme ailleurs, la tendance en santé publique est à l'orientation des efforts vers les interventions démontrées efficaces (évidence-based), ce qui est rarement le cas lorsqu'il s'agit d'intervenir auprès des personnes très vulnérables. L'intervention auprès de ces personnes, difficilement rejointes par les ressources formelles du réseau, nécessite en effet le recours à des stratégies à des approches de type communautaire ou psychosocial, dont l'efficacité ne peut être démontrée de la même façon; les méthodes de recherche utilisées (études épidémiologiques, essais cliniques) sont généralement plus appropriées à l'étude d'interventions cliniques ou de traitements spécifiques pour solutionner des problèmes de santé bien délimités, plutôt que pour évaluer des stratégies ou des programmes plus complexes, permettant la prise en compte d'une multitude de phénomènes sociaux et de santé interdépendants et indissociables (Laberge et coll. 2002).

5.3.4 Effecteurs

La nature de l'effecteur peut varier selon la population visée et les services retenus pour cette population. Les réflexions précédentes ont fait ressortir certaines des caractéristiques souhaitées chez des effecteurs : i) degré de couverture d'une population par l'effecteur et capacité d'absorber un mandat régional à l'égard d'une population donnée; ii) intérêt, souplesse à intervenir dans divers contextes hors établissement / expérience d'interventions de proximité; ii) capacité d'intégrer un volet clinique (accueillir de nouveaux clients, assurer la prise en charge médicale de clients vulnérables/infectés ou encore avoir des liens privilégiés et fonctionnels avec des équipes qui prennent en charge les clients vulnérables/infectés - même le

soir et la fin de semaine). L'effecteur doit aussi pouvoir compter sur une masse critique d'intervenants regroupés au sein d'une équipe multidisciplinaire.

Au delà de la dispensation de services, on doit probablement élargir ou réélargir le mandat des ÉPDITSS et affirmer leur contribution notamment dans : i) la formation et l'apport d'une expertise particulière aux intervenants du réseau ; ii) la formulation d'une programmation régionale en regard des ITSSS au sein des populations vulnérables ; iii) le soutien fonctionnel aux organismes communautaires (mobilisation, développement des capacités...). Ces rôles doivent être formalisés, reconnus et les moyens de les actualiser donnés aux ÉPDITSS.

- **Des effecteurs et/ou des partenaires privilégiés.**

Quelques informations sur les objectifs, les ressources et les interventions d'importants acteurs auprès de populations vulnérables sont présentées au chapitre I du présent document : l'équipe Jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs, l'organisme Médecins du monde, l'équipe mobile VIH-Toxicomanie de l'UHRESS du CHUM.

Les groupes de médecine familiale pourraient aussi jouer un rôle auprès de différentes populations vulnérables aux ITSS. Les trois principes des GMF sont : l'accessibilité, la prise en charge et la continuité des soins. La gamme de services des GMF comprend : l'évaluation de l'état de santé des personnes inscrites ; la prise en charge et le suivi approprié à leur état de santé : le diagnostic et le traitement des problèmes de santé aigus et chroniques ; la prévention des maladies et la promotion de la santé. Pour remplir leur mandat, les GMF seront invités à conclure des ententes avec les CLSC ainsi qu'avec les omnipraticiens du territoire.

- **Une géographie du regroupement des acteurs : les sous régions du DRMG**

Les principes organisationnels d'une DRMG (direction générale de médecine générale) correspondent à un réseau intégré de services médicaux constitué d'un ensemble de personnes, d'organismes, d'établissements qui concourent au même but et qui sont en relation pour agir ensemble, et dont les différentes composantes (ressources matérielles, financières et humaines) forment un tout. Les éléments clés de ce réseau sont : la contribution de toutes les organisations en place (CLSC, cliniques, cabinets, unités de médecine familiale et toutes les nouvelles formes organisationnelles à venir), l'approche de médecine familiale (prise en charge, soins globaux, continuité), l'accès à des ressources diagnostiques et spécialisées, la fluidité des communications, la fluidité des références. L'île de Montréal a été divisée en six sous-régions du DRMG où se vivra cette mise en réseau: Est, Ouest, Sud-Ouest, Centre-Est, Centre-Ouest et Nord, regroupant les divers territoires des CLSC. Cette intégration dans un réseau peut répondre aux besoins des ÉPDITSS d'assurer le pont vers des soins cliniques.

L'application à une échelle plus réduite de cet esprit de réseaux locaux intégrés pourrait conduire à confier un mandat envers par exemple une population vulnérable à plusieurs établissements spécifiquement nommés qui en serait communément imputables.

Faits Saillants

Degré d'implantation des propositions du cadre de référence

IMPLANTATION DES PROPOSITIONS	LIMITES
1. NATURE DES SERVICES OFFERTS	
1.1 Élaborer et actualiser un plan d'offre de test VIH au sein de chacune des populations vulnérables identifiées • Les quatre ÉPDITSS qui ont offert le dépistage du VIH ont effectué un total d'environ 3 000 tests anonymes ou confidentiels en 2001-2002. Le nombre de tests VIH (anonymes et confidentiels) effectués par les ÉPDITSS Métro et des Faubourgs a augmenté de 19,8 % entre l'année 1999-2000 et l'année 2001-2002.	• Les « nouvelles » ÉPDITSS ont plutôt eu tendance à référer aux « anciennes » équipes les personnes chez qui un test dépistage du VIH était indiqué. Ainsi, le dépistage du VIH et particulièrement le dépistage « anonyme » du VIH est demeuré une intervention « spécialisée ». • Les tests de dépistage du VIH effectués par les ÉPDITSS en 2001-2002 représentent 2 % de l'ensemble des tests effectués par des établissements localisés dans la région de Montréal. Le nombre d'infections détectées par les ÉPDITSS en 2001-2002 (33) représente 2,5 % de toutes les infections détectées par un centre montréalais et, si on assume que chaque test est associé à une personne différente, 4,1% de l'estimé des 800 nouvelles personnes infectées annuellement dans la région de Montréal. • Malgré une légère hausse depuis 1999, pouvant refléter que les personnes les plus à risque sont davantage rejointes, le taux de séropositivité parmi les tests provenant des ÉPDITSS en 2001-2002 (1,1 %) est similaire à celui que l'on observe parmi les tests faits à Montréal en dehors des ÉPDITSS (0,92 %).
1.2 Maintenir la procédure de test de dépistage du VIH de manière anonyme comme choix offert à la population générale de Montréal-Centre et aux populations vulnérables. • Le test est disponible selon une modalité anonyme dans deux ÉPDITSS. • Jusqu'à 61,1 % des tests de VIH effectués par les ÉPDITSS en 2001-2002 l'ont été selon la modalité anonyme.	• Une des ÉPDITSS offrant le test a introduit rapidement une modalité « non nominative » à la modalité « anonyme » qu'elle proposait déjà, alors que deux autres n'ont pas modifié leurs modalités (respectivement « anonyme » seulement et « nominative» seulement). La quatrième a mis en place une modalité nominative.
1.3 Élargir la gamme des services offerts dans le cadre d'un dépistage du VIH **1.3.1 Dépistage des ITSS autres que l'infection au VIH** • Trois ÉPDITSS sur neuf ont effectué des tests de dépistage ITSS autres que le VIH (chlamydia, infection gonococcique, syphilis, hépatites A, B, et C) pour un total d'environ 1 500 tests. • Jusqu'à 32 % des tests d'anticorps contre l'hépatite C effectués en milieu carcéral se sont révélés positifs.	• Jusqu'à 83 % des prélèvements urinaires pour chlamydiose et infection gonococcique ont été soumis par une seule ÉPDITSS. • Entre le 01-04-2002 et le 31-03-2003, les taux de positivité observés pour la chlamydiose et l'infection gonococcique parmi les tests sur prélèvement urinaire effectués par les ÉPDITSS ont été respectivement de 2,2 % et de 0,58 % des taux similaires ou plus faibles que ceux observés dans diverses études portant sur la population montréalaise.

IMPLANTATION DES PROPOSITIONS	LIMITES
13.2 Notification aux partenaires de personnes ayant contracté l'infection au VIH ou une autre ITSS • Un service régional d'aide à la notification aux partenaires concernant spécifiquement l'infection au VIH et basé dans un CLSC, en lien avec une ÉPDITSS, a été expérimenté entre le 1 avril 2000 et le 31 janvier 2003.	• Les ÉPDITSS ont dépisté relativement peu de cas d'ITSS (total :). Une démarche structurée de notification aux partenaires incluant un accompagnement et un suivi (et au besoin, une communication de l'intervenante auprès du ou des partenaires que le cas-index ne peut rejoindre lui-même) n'a habituellement pas été entreprise.
1.3.3 Éducation sanitaire personnalisée visant l'adoption de comportements sécuritaires (incluant) intervention structurée de *counselling* auprès de personnes récemment diagnostiquées VIH positif. • Toutes les ÉPDITSS ont réalisé des interventions concernant l'information, l'éducation et le *counselling* sur les ITSS et la réduction des méfaits. Ces interventions ont eu lieu tant intra-muros qu'à proximité, sous forme de sessions de groupe (64 session de groupe tenues en 2001-20002) ou lors de consultations individuelles (dépistage, vaccination, soins cliniques de base etc.). • Les 5000 consultations psychosociales des ÉPDITSS ont également constitué des opportunités d'éducation à la santé. Une ÉPDITSS a mis sur pied un programme de rencontres de groupes (cycle de 8 rencontres) à l'intention de personnes infectées par les VIH qui ont appris leur statut de séropositivité depuis relativement peu de temps. • Les intervenants d'une ÉPDITSS offrent un service téléphonique (10 heures/ semaine) qui au delà de permettre l'orientation et la prise des rendez-vous à l'ÉPDITSS, assure de l'information, counseling sur les ITSS et la référence vers les ressources appropriées	• Bien que l'entrevue de counseling VIH soit structurée en termes d'évaluation de risque, d'antécédents..., les ÉPDITSS ne pratiquent pas une intervention systématisée en regard de l'adoption de comportements sexuels ou d'injection, une intervention qui serait basée sur un modèle comme l'approche motivationnelle. • Les consultations psychosociales proviennent le plus souvent des équipes médicales du bassin de desserte des ÉPDITSS et couvrent évidemment une variété de conditions et de situations de vie autres que l'adaptation initiale au diagnostic et l'adoption de comportements sécuritaires.
1.3.4 Vaccination contre les hépatites A et B. • Le principal apport nouveau au panier de services a été la vaccination contre les hépatites A et B. Toutes les ÉPDITSS se sont impliquées. • Les doses de vaccins contre les hépatites A et B administrées par les ÉPDITSS en 2001-2002 (5628 doses) représentent 49,5% de toutes les doses de vaccins contre les hépatites B administrées aux personnes âgées de 10 ans et plus dans la région de Montréal au cours de la même période.	• On estime que malgré les efforts importants qui ont été consentis, moins de 10% des personnes admises en milieu de détention au cours de l'année 2001-2002 ont reçu au moins une dose de vaccin contre les hépatites A et B
1.3.5 Soins cliniques • Près 500 interventions de type soins cliniques (majoritairement des soins de plaies) ont été effectuées « à proximité ».	

IMPLANTATION DES PROPOSITIONS	LIMITES
2. MODALITÉS D'ORGANISATION DES SERVICES	
2.1 Favoriser le développement d'un réseau fonctionnel de CLSC partageant ce mandat particulier de prévention du sida et d'interventions auprès des populations vulnérables visées • Cinq « nouvelles » équipes ont été crées (essentiellement à l'intention des jeunes de la rue et des UDI) et deux des quatre « anciennes » équipes ont pu augmenter leurs effectifs (milieu carcéral et population haïtienne). Le nombre global d'ETC est passé de 13 ETC à 18,9 ETC (en 2001-2002). • Des activités ont été déployées en regard de toutes les populations vulnérables visées. Par ailleurs, les populations autochtones et africaines qui n'étaient pas initialement visées ont fait l'objet de services ou de contacts exploratoires de la part d'ÉPDITSS • Respectivement 33.3%, 29,9 % et 13.7% des doses de vaccins contre les hépatites A et B ont été administrées aux populations carcérales, haïtiennes et jeunes de la rue. • 15,0 % des tests VIH anonymes effectués par les ÉPDITSS des Faubourgs et Métro l'ont été chez des HARSAH alors que cette population compte pour 5,0 % de la population montréalaise âgée de 15 ans et plus.	• Une ÉPDITSS à qui avait été dévolu un mandat envers les jeunes en difficultés et les UDI ne s'est pas sentie interpellée par ces populations puisque d'autres professionnels du même CLSC s'en préoccupaient. • Environ 77,5 % des tests de dépistage du VIH ont été effectués au sein de la population dite « générale ». l'orientation de centraliser dans un seul CLSC le mandat d'offrir certains services à portée régionale, à la population générale ne s'est pas concrétisé. • Les interventions psychosociales n'ont pratiquement concerné que des HARSAH et des personnes incarcérées. • Les ÉPDITSS ont peu rejoints les UDI jusqu'à maintenant (et les UDI rejoints l'ont été surtout en milieu carcéral). Enfin, les travailleurs et travailleuses du sexe n'ont presque pas été touchés. • on a observé une certaine forme de sectorisation des services des ÉPDITSS : ainsi une ÉPDITSS spécialisée dans le travail de proximité faisait le contact auprès d'un client et établissait avec celui-ci qu'un dépistage du VIH était indiqué, elle référait celui-ci à une autre ÉPDITSS spécialisée dans le dépistage du VIH, qui elle-même pouvait, si le résultat du test était positif, référer le client à une troisième ÉPDITSS spécialisée dans la notification aux partenaires.
2.2 Assurer que ces services intégrés de prévention soient dispensés à proximité des populations vulnérables, en lien avec les organismes communautaires des territoires • Toutes les équipes ont dispensé certains services à proximité. Un total de 89% des vaccins administrés par les ÉPDITSS l'on été « à proximité », de même que 11% des tests VIH, 12.7% des tests ITSS autres que VIH et 30,9% des consultations psychosociales. • Les équipes ont exploré des partenariats potentiels avec près de 70 organismes, établissant des partenariats fonctionnels avec 38 d'entre eux. • Ces services « de proximité » ont été très majoritairement offerts dans les locaux d'organismes communautaires implantés dans les milieux depuis plusieurs années, dans des écoles de « décrocheurs/raccrocheurs » et évidemment dans les milieux carcéraux. On note également quelques activités plus « terrain » : interventions dans les saunas gais, dans un motorisé, dans des « piqueries » et dans des parcs et plus récemment dans des bars de danseurs et danseuses nus. • Les ÉPDITSS ont mené en 2001-2002 des activités de promotion de leurs services et de comportements de prévention auprès de la communauté, de la clientèle 20 projets. Trois efforts particuliers de promotion ont été menés: la campagne «Tout moun ka pran» de l'ÉPDITSS St-Michel auprès	• Seulement, trois ÉPDITSS ont offert le dépistage de l'infection au VIH extra-muros ou « à proximité ». • Si l'on excepte le travail en milieu carcéral et la vaccination contre les hépatites A et B relativement peu de services ont pu jusqu'à présent être dispensés « à proximité ». En 2002-2003, trois des cinq « nouvelles » équipes n'ont pu dispenser aucun service à proximité auprès des jeunes de la rue et des UDI de leur territoire, et une quatrième n'a pu le faire que partiellement • Uniquement trois ÉPDITSS ont offert des services le soir ou les fins de semaine (quelques heures seulement). En contrepartie, les ÉPDITSS de Métro et des Faubourgs offrent maintenant des périodes de « sans rendez vous » en intra-muros. • On note que le pourcentage de positivité des tests du VIH effectués à proximité s'est révélé légèrement plus bas (0,9 %) que le pourcentage de positivité des tests effectués en intra-muros.

IMPLANTATION DES PROPOSITIONS	LIMITES
de la communauté haïtienne, la campagne « Une force qui dure » de promotion de la vaccination contre les hépatites A et B, et la campagne « À quand remonte tes derniers tests de dépistage ?» de promotion du dépistage de la syphilis et de l'infection gonococcique au près de la population gaie et bisexuelle.	
2.3 Assurer que les efforts de ce réseau de centres d'intervention Sida/MTS s'articulent avec les autres partenaires du réseau de la santé et de la communauté dans un plan régional d'organisation de services • Quatre équipes ont mentionné avoir une forme de collaboration formelle avec des établissements de santé de 1e ou de 2e ligne. • Depuis plusieurs années, le « Regroupement des intervenants sociaux VIH-Sida » réunit à toutes les 6 semaines environ des représentants d'une grande variété d'établissements et d'organismes. • En 2001-2002, les équipes ont dispensé un total approximatif de 33 sessions de formations aux intervenants d'organismes communautaires ou d'établissements du réseau de la santé.	• De manière générale, les équipes médicales des CLSC concernés n'ont pas investi beaucoup d'énergie dans les ÉPDITSS, et l'on fait de manière ponctuelle. • Au moment de la rencontre post-test, les intervenants des deux ÉPDITSS référent les clients dont le résultat est positif et quelques autres personnes dont le résultat est négatif mais qui à haut risque d'exposition vers des professionnels pour un suivi. En 2001-2002, 38,9% (21/54) des suivis psychosociaux et 12,9% (4/31) des suivis médicaux ont été faits à l'interne du CLSC. • Les équipes ont fait très peu de références vers d'autres services ou professionnels de la santé.
3. MODALITÉS DE SOUTIEN AUX INTERVENANTS, AUX ÉQUIPES	
3.1 Assurer l'accessibilité aux tests (tests urinaires, test de détection rapide) • Un projet pilote régional d'accessibilité aux tests de chlamydiose et d'infection gonococcique sur prélèvement urinaire a débuté à l'été 2001. **3.2 Élaborer et actualiser un plan de formation continue des intervenants** • La DSP a conduit une analyse des besoins et actualiser d'un plan de formation à l'intention du personnel des équipes (2000-2001). • En 2001-2002, on a répertorié une cinquantaine de sessions différentes de formation, d'une durée variant de 3 à 7 heures chacune, à l'une ou l'autre desquelles au moins un membre d'une des ÉPDITSS a participé. L'ensemble du personnel aurait consacré un total de près de 700 heures de formation. **3.3 Élaborer et appliquer un plan de monitorage et d'évaluation des services** • Toutes les ÉPDITSS ont fortement contribué au présent bilan 1999-2002.	• Le test de détection rapide du VIH a été retiré du marché.

Facteurs ayant influencé l'implantation

Note : Il s'agit ici d'un ensemble de facteurs ayant pu influencer l'implantation du programme dans l'un ou l'autre des CLSC, pas nécessairement dans tous ni la majorité. Chaque CLSC a vécu un cheminent qui lui est propre.

FACTEURS FACILITANTS	OBSTACLES
	1. MANDAT
• Le cadre régional de référence des ÉPDITSS déposé en 1999 spécifiait clairement les populations visées, la nature des services à rendre et l'emphase à mettre sur la dispensation de services de proximité. • Le projet régional de vaccination contre les hépatites A et B, ayant débuté à l'été 2001, a directement interpellé les CLSC à s'investir dans le volet « vaccination » de leur mandat. • Le document provincial « Vers des services intégrés de dépistage du VIH, des MTS et des hépatites virales - orientations» diffusé en 2001, a réaffirmé auprès des ÉPDITSS l'importance de rejoindre les populations vulnérables et de leur proposer une gamme de services de prévention. • En trois ans, la Direction de la programmation a convoqué un total de 5 à 6 rencontres de suivi avec les coordonnateurs (ices) des ÉPDITSS (toutefois, la dernière de ces rencontres a eu lieu en février 2002).	• Le cadre de référence ne précisait pas divers points comme : 1) quelle proportion des efforts des équipes devaient être consacrées à des activités de proximité; 2) jusqu'à quel point les intervenants psychosociaux devaient donner une priorité aux personnes récemment infectées par le VIH (et plus globalement, quel était le « panier de services » psychosociaux); 3) quel rôle était attendu des équipes en termes de notification aux partenaires de personnes infectées par le VIH; 4) dans quelle mesure les « jeunes en difficultés » (autres que les jeunes de la rue) devaient être ciblés; 5) quelle part des activités des ÉPDITSS doit être accordée à la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH et le VHC; etc. • Plus globalement, une programmation pour chacune des populations vulnérables visées explicitant les contributions attendues des ÉPDITSS et des autres partenaires du réseau n'était pas disponible pour la période 1999-2002. • La Direction de la programmation à la régie régionale et chaque CLSC individuellement n'ont pas tenu de rencontre de suivi pour vérifier la compréhension des mandats, le niveau d'implantation des mandats et les ajustements à apporter. Par ailleurs, compte tenu que la Direction de santé publique jouait un rôle de « soutien » aux équipes au besoin, elle ne s'est pas impliquée directement dans le suivi de l'actualisation des mandats sinon en ce qui a trait au projet régional de vaccination contre les hépatites A et B auprès des populations vulnérables.

FACTEURS FACILITANTS	OBSTACLES
2. STRUCTURE	
2.1 Ressources financières • Le budget des équipes est indexé annuellement. • La subvention de la compagnie Glaxo-Smith Kline pour le projet régional de vaccination contre les hépatites A et B a permis notamment la mise en place du projet « Saunas gais», l'ajout d'une ressource infirmière en milieu carcéral (0,15 ETC) et dans les organismes UDI (0,15 ETC). • Les CLSC responsables des ÉPDITSS ont accepté d'assumer toutes les dépenses des ÉPDITSS autres que les salaires: disponibilité des intervenants lors de sessions de formation, téléphones cellulaires, frais de transport vers les organismes partenaires, trousses pour les infirmières lors des activités de proximité…	• L'enveloppe budgétaire allouée aux équipes ne contient pas de provision pour le remplacement des intervenants des ÉPDITSS en cas de maladie, congé de maternité, ou vacances. • La phase IV de la Stratégie Sida s'est terminée le 31 mars 2002. Le financement des activités a été reconduit au 31 mars 2003. La régie et les ÉPDITSS n'ont pas reçu d'indication claire sur le niveau de financement disponible au-delà de cette date. • Indépendamment du renouvellement de la stratégie Sida, certains des postes des équipes ne sont pas récurrents à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire actuelle (ex. : le poste d'infirmière de l'ÉPDITSS St-Michel). • On a constaté de longs délais dans le transfert de fonds de la régie aux CLSC; ainsi, les CLSC n'avaient toujours pas reçu les sommes prévues pour l'année financière 2002-2003 alors que celle-ci était terminée. • Les sommes versées aux ÉPDITSS sont d'emblée intégrées à la base budgétaire des CLSC, et ainsi bloquées pour l'exercice financier en cours – ce qui enlève de la souplesse dans la gestion des activités. • La nature des postes (type de professionnel, nombre d'ETC) alloué à chaque ÉPDITSS est pré-déterminé. On souhaiterait que plus de latitude soit laissée aux coordonnateurs(ices) dans l'allocation des ressources en fonction de l'évolution du projet. • La révision / ré allocation du budget des soins à domicile demandée en 2002 est restée en plan.
2.2 Ressources matérielles	• Les locaux de travail disponibles lors des activités de proximité sont souvent inappropriés : lieu de consultation restreint, fumée de cigarette, absence d'espace de rangement, conditions ne garantissant pas la confidentialité de l'entrevue ou encore ne facilitant pas les activités de dépistage (ex. : pas de toilette pour des prélèvements urinaires).
2.3 Ressources humaines • Au cours des deux dernières années, quelques coordonnateurs (ices) d'équipes ont pu recruter un(e) adjoint. Ainsi, davantage d'énergie peut être dédiée à l'organisation et à l'encadrement des ÉPDITSS. • Il est facilitant de pouvoir compter : 1) sur une équipe qui comporte une masse critique d'intervenants; 2) sur des intervenants dont le poste est d'au moins 0,7 ETC,	• Les ressources des ÉPDITSS Métro et Des Faubourgs seraient suffisantes pour assurer une offre de services intra-muros mais insuffisantes pour implanter des activités de proximité. Le manque de ressources à l'ÉPDITSS Ahuntsic aurait pour conséquence que seulement une petite fraction de la population carcérale masculine reçoit une intervention de counselling-dépistage individuel. • « Le » poste d'infirmière dans 5 des 9 ÉPDITSS est un poste à deux jours semaines seulement (0,4 ETC), ce qui entraîne : une difficulté de recrutement, peu de temps disponible pour mobiliser les organismes communautaires et les ressources du CLSC ni pour offrir des services aux clientèles; un sentiment d'isolement éprouvé par les infirmières en poste • Si l'on considère les départs, les maladies, les remplacements et l'ajout aux ÉPDITSS de nouveaux postes (une nutritionniste, une infirmière en milieu carcéral, un infirmier pour le projet sauna), les équipes ont dû durant la période à l'étude faire beaucoup d'efforts de recrutement, d'orientation, de formation, de liaison.

FACTEURS FACILITANTS	OBSTACLES
	• Pour diverses raisons (ex. : affectation de l'infirmière à la campagne de vaccination contre la méningite), les infirmières des ÉPDITSS n'ont pu consacrer aux activités de l'ÉPDITSS le temps qui devait y être imparti – cela s'est davantage produit dans les « nouvelles » équipes.
3. PROCESSUS INTERNE – Modalités organisationnelles	
3.1 Accessibilité/éligibilité • Tous les CLSC sont situés sur des artères routières principales de leur territoire et près des réseaux de transport en commun (métro et autobus). • Les ÉPDITSS des CLSC Métro et des Faubourgs ont mis en place des périodes de sans rendez-vous pour le dépistage. • Le délai de rendez-vous pour un dépistage est de l'ordre de 10 à 14 jours; au besoin l'infirmière peut évaluer un patient plus rapidement si elle juge que la situation est prioritaire. Le personnel psychosocial peut également offrir une évaluation de façon urgente. • Les services « de proximité » ont été offerts le plus souvent dans des organismes communautaires œuvrant de longue date auprès des populations vulnérables visées. • Il n'y a pas de limites d'âge pour recevoir les services des ÉPDITSS (sinon des limites liées aux indications spécifiques des tests de dépistage et des vaccins), sauf celles parfois fixées par les organismes communautaires où se rendent les équipes. • Dans des contextes de dépannage, les équipes n'exigent pas la carte de la RAMQ pour donner un service. • Dans des contextes de dépannage, tous les CLSC offrent des services à des personnes non résidentes de leur territoire – ils peuvent aider une personne à se procurer une nouvelle carte ou une reconnaissance qui leur permet de recevoir des médicaments gratuitement ou des soins dans des établissements de 2ième ligne ou des cliniques médicales privées	• Les délais prolongés pour obtenir un RV et plus encore, les délais entre le moment du prélèvement et l'obtention des résultats d'un dépistage VIH, seraient un facteur de découragement pour certains clients, peut-être les plus à risque. • En milieu carcéral, les personnes « prévenues » doivent être accompagnées d'une escorte, ce qui limite la facilité de contact avec l'ÉPDITSS; par ailleurs, le délai pour obtenir un rendez-vous a grimpé à trois et quatre semaines. • Compte tenu que : 1) chez les femmes, la sensibilité d'un test TAAN à détecter l'infection gonococcique est plus faible sur prélèvement urinaire que sur prélèvement génital 2) le personnel infirmier n'est pas qualifié pour procéder à un prélèvement génital chez la femme, le dépistage de la chlamydiose et de l'infection gonococcique n'est pas proposé aux femmes consultant la clinique de dépistage intra-muros à l'ÉPDITSS des Faubourgs. • Vaccination contre l'hépatite A et B – Le vaccin contre les hépatites A et B n'est offert gratuitement qu'aux personnes présentant une indication reconnue selon les critères du programme montréalais de gratuité de la vaccination contre les hépatites A et B, ce qui crée parfois des tiraillements (par exemple les HARSAH qui consultent à l'ÉPDITSS des Faubourgs ont droit au vaccin gratuit mais par les hétéro).
3.2 Continuité • Les infirmières qui rencontrent les clients « à proximité » ont la possibilité de revoir ceux-ci aux services courants, aux cliniques jeunesse pour un suivi et une évaluation plus complète. • Les intervenants des ÉPDITSS ont mis en place divers mécanismes pour faciliter le suivi les communications avec la clientèle : téléphone cellulaire, boîte vocale personnalisée, carte d'affaire.	• Seulement quelques milieux « à proximité » ont été visités régulièrement par les infirmières; le cas échéant, les visites survenaient le plus souvent aux 4 à 6 semaines. • L'offre de service est demeurée en bonne partie construite sur le mode d'une rencontre pré-test suivie d'une seule rencontre post-test, ce qui en fait « délimite » l'application de la continuité. • Dans un désir de respecter l'anonymat des personnes consultant pour un dépistage VIH, on a préféré référer à un autre service du CLSC les clients chez qui une vaccination contre les hépatites A et B était indiquée ou même en dehors de l'établissement pour des tests de dépistage des ITS sur prélèvement urinaire.

FACTEURS FACILITANTS	OBSTACLES
3. PROCESSUS INTERNE – Modalités professionnelles	
3.3 Capacité d'intervention • Les professionnels des ÉPDITSS ont participé à plusieurs sessions de formation. • La majorité des infirmières et des intervenants psychosociaux ont plusieurs d'années d'expériences au sein des ÉPDITSS et/ou auprès des populations vulnérables visées. • Dans tous les CLSC impliqués, les plans d'interventions en soins infirmiers sont basés sur le modèle de McGill, lequel renforce l'importance d'une approche de santé globale. • Le projet régional d'accès aux tests de la chlamydiose et de l'infection gonococcique sur prélèvement urinaire a été implanté à la fin de l'été 2001. • Le document régional «Guide de soutien à l'intention des établissements pour la pratique des infirmières des équipes spécialisées VIH-Sida/ITS» a été diffusé en mai 2002. • L'infirmière de la DSP a beaucoup aidé à développer : le plan d'action de la vaccination contre les hépatites A et B, des outils d'interventions, des interfaces avec les organismes et avec les ÉPDITSS mais aussi à vacciner la clientèle.	• Les infirmières de seulement 3 équipes sur 9 disposent d'actes médicaux délégués ou d'ententes particulières concernant le dépistage des ITSS. Dans un cas, l'entente ne porte que sur le dépistage du VIH, dans un autre cas, l'entente porte sur les dépistages du VIH et des ITS effectués seulement à l'intérieur de l'établissement et non lors d'activités « à proximité », enfin dans le dernier cas, l'entente portant sur le dépistage du VIH et des ITSS intra et extra établissement vient à peine d'être adoptée (mi 2002). • En termes d'adéquation entre les ressources et les tâches, on note : l'absence initiale d'un infirmier masculin au sein de l'ÉPITS devant intervenir dans les saunas gais; le souhait d'une meilleure maîtrise de la langue anglaise par les intervenants en milieu carcéral; la « spécialisation » en dépistage VIH ayant pour effet de diminuer l'aisance des intervenants à offrir des services de proximité pouvant inclure des soins courants; ou encore l'absence initiale d'un infirmier/ère au sein d'une des ÉPDITSS rendant impossible l'offre de vaccination contre les hépatites. • Dans quelques CLSC, un règlement interne exige qu'au moins 2 infirmières soient présentes lors d'une session de vaccination tenue en dehors de l'établissement. • L'application des conventions collectives limite la flexibilité du personnel en termes de plage horaire de travail, de nombre d'heures de travail etc. • Les problèmes de sécurité à proximité doivent être pris en compte; aucun incident fâcheux n'a cependant été rapporté. • Le travail auprès de clientèles vulnérables implique divers dilemmes éthiques : respect du vécu de la clientèle et responsabilité de notifier au besoin les services de la Protection de la jeunesse, exigence en regard de la qualité de la tenue de dossier et acceptation qu'un client utilise un faux nom, importance d'un consentement éclairé et niveau de consommation de drogues ou d'alcool par la clientèle
3.4 Soutien informationnel • Les fiches de monitorage proposées pour la vaccination contre les hépatites A et B sont faciles à remplir et permettent le suivi constant des statistiques de vaccination.	• La tenue de dossier est alourdie par la nécessité de compléter beaucoup de « paperasse » : fiche d'ouverture de dossier, fiche de consentement, formulaire dossier client, fiche de vaccination individuelle, fiche du SIC, dossier synthèse des facteurs de risque des personnes à qui des vaccins contre les hépatites A et B ont été administrés. • Toutes les ÉPDITSS, sauf une, saisissent les données du SIC actuellement (depuis un an, parfois davantage) à des fins notamment de gestion financière et de reddition de compte. Les données du SIC ne permettent pas de rendre compte de manière détaillée des caractéristiques des clients ni des interventions des ÉPDITSS. Et par ailleurs, les ÉPDITSS n'obtiennent pas aisément du SIC des rapports et des analyses de leurs activités spécifiques, des rapports adaptés à leur besoin de rétroaction. • La saisie des données doit être assumée par le personnel des ÉPDITSS. Il n'est pas possible d'exporter vers le SIC les données qui seraient captées électroniquement sur les lieux

FACTEURS FACILITANTS	OBSTACLES
	d'intervention. • 2 des 9 ÉPDITSS doivent toujours remplir une fiche client élaborée il y a plusieurs années pour les équipes spécialisées de dépistage VIH : les données recueillies ne concernent que le dépistage de l'infection au VIH, un certain nombre de variables ne sont plus pertinentes alors que d'autres seraient plus utiles, les données sont compilées manuellement et agrégées.
3.5 Relation avec la clientèle et perception du mandat • L'attitude empathique et respectueuse des intervenants des équipes les rapproche beaucoup des clients. • Bien qu'il puisse être émotive ment exigeant de travailler auprès de clientèles en difficultés sévères, le personnel est très motivé et intéressé à s'engager dans de nouvelles approches et d'élargir le cadre de ses interventions.	• Des infirmières se questionnent sur les services de proximité : est-ce vraiment utile?, est-ce une pratique de moins bonne qualité ?, est-ce efficient ? • Le mandat du travail de proximité a parfois été vécu comme une tâche supplémentaire plutôt qu'une invitation à modifier les tâches existantes.
4. PROCESSUS EXTERNE – Collaboration intra CLSC	
• Dans plusieurs ÉPDITSS, les coordonnateurs (ices) se sont engagés très personnellement et intensément dans la mise en œuvre des mandats de l'équipe. • Le rattachement de l'ÉPDITSS au Programme des Services courants favoriserait la prise en charge clinique de la clientèle (références, suivi) et la mobilisation, si besoin est, de ressources aptes à rendre des services cliniques de proximité. • L'implication des infirmières des équipes dans divers comités du CLSC (comité UDI, comité interdisciplinaire de réduction des méfaits, comité santé sexualité) permettrait d'assurer une continuité et une coordination des services auprès des clientèles vulnérables. • L'intégration de l'ÉPDITSS dans un projet porteur du CLSC (ex : projet haïtien de l'ÉPDITSS St-Michel et projet Café Le Ketch du CLSC Plateau) aurait grandement contribué à l'assise de l'ÉPDITSS et à son impact.	• L'ÉPDITSS est nécessairement tributaire de son appartenance à un établissement de santé et à ses divers rouages, ses politiques et ses procédures : celles des archives, des DSI, des ressources humaines, des CMD • Dans certains CLSC, on souhaite que le travail de proximité soit régi de la même manière que le travail intramuros : « ce que tu ne fais pas au CLSC, tu ne le fais pas en dehors du CLSC ; ce que tu fais en dehors du CLSC, tu le fais comme au CLSC ». • À toutes fins pratiques, les équipes médiales ne se sont pas directement impliquées dans l'accompagnement continu des activités de proximité des ÉPDITSS (requête de dépistage, prise en charge des clients vus par les infirmières…). On a surestimé la capacité des ÉPDITSS à mobiliser un ou des médecins de leur CLSC. • Les cliniques sans rendez-vous des CLSC sont souvent surchargées ce qui entrave le suivi de problèmes médicaux aigus identifiés lors d'interventions de proximité. De manière générale, les équipes médicales des CLSC sont dans l'impossibilité d'assumer la prise en charge des personnes séropositives au VIH ou au VHC. • Les ÉPDITSS sont confrontées à un grave manque de soutien clérical de la part des CLSC. Le personne infirmier et psychosocial est mal utilisé. • Dans un des CLSC, le CMD ne souhaitait pas que l'ÉPDITSS offre à la clientèle intra-muros les tests de chlamydiose et d'infection gonococcique sur prélèvement urinaire puisque ceux-ci n'étaient pas disponibles au reste de la clientèle du CLSC.
4. PROCESSUS EXTERNE – Collaboration extra CLSC	
4.1 Entre ÉPDITSS • La mise sur pied d'un comité d'infirmières de « proximité » réunissant les infirmières des ÉPDITSS et d'autres organismes a diminué l'isolement professionnel, renforcé l'engagement dans les milieux de vie des	• Des ÉPDITSS ont vécu une tension entre elles dans d'application de leur mandat parce que des organismes communautaires œuvrant auprès de leur population cible étaient localisés en dehors

FACTEURS FACILITANTS	OBSTACLES
populations vulnérables et suscitées l'acquisition d'habiletés et de connaissances adaptées. 4.2 Services de santé 1ère et 2ième ligne • Depuis plusieurs années, le « Regroupement des intervenants sociaux VIH/Sida » auquel participe l'ÉPDITSS de Des Faubourgs assure un espace de liaison avec la 1ère ligne, la 2ième ligne et les organismes communautaires. • Le CLSC des Faubourgs vient de s'entendre avec les cliniques privées de son territoire sur un protocole de références des clients vers ses ressources psychosociales. • La régie anime une table régionale de concertation sur l'organisation des services Sida à laquelle participe des représentants d'ÉPDITSS.	de leur territoire. Par ailleurs, à l'occasion, des infirmières n'ont pu participer à une activité régionale commune parce que le lieu projeté d'intervention n'était pas localisé sur le territoire de leur CLSC d'appartenance. • Les intervenants psychosociaux des ÉPDITSS ont de la difficulté à référer des clients vers d'autres ressources de nature psychosociale dans le réseau. • De même, il y aurait peu de ressources en nutrition dans le réseau pour les personnes PVVIH, ce qui a pour conséquence de surcharger les nutritionnistes de l'ÉPDITSS mandatée à cet égard. • Il n'existe pas actuellement un forum régional commun unifiant les problématiques VIH-ITS-hépatites et toxicomanie, ce qui pourrait faciliter l'ouverture de corridors de services pour les UDI auprès desquels les équipes interviennent.
4.3 Organismes communautaires Les facteurs identifiés comme facilitant sont : • Relations de confiance de longue date entre le CLSC et l'organisme, • Identification par l'organisme d'un interlocuteur-clef au projet, • Pairage de l'infirmière avec un travailleur de rue de l'organisme, pour le travail de proximité • Acuité du problème visé (ex.: dépistage de la syphilis en lien avec l'éclosion actuelle dans la communauté gaie) • Familiarité, caractère plus usuel et attendu de l'intervention proposée dans le milieu (ex : session de vaccination dans les écoles de « raccrocheurs ») • Interventions directes de la DSP auprès des partenaires du projet (ex : interactions de la DSP avec les propriétaires des saunas gais, avec les autorités des milieux carcéraux, avec les organismes communautaires haïtiens). • Capacité de l'organisme partenaire (niveau et durée de financement, masse critique d'intervenants)	• Plusieurs facteurs ont été invoqués pour mettre fin à l'exploration d'un partenariat d'une ÉPDITSS avec un organisme : une meilleure compréhension de la mission de l'organisme fait ressortir que celui-ci ne dessert pas les populations vulnérables visées, le faible nombre de clients fréquentant l'organisme, la courte durée d'interaction de l'organisme avec la clientèle, la présence d'autres ressources répondant aux mêmes besoins que l'ÉPDITSS au sein de l'organisme ou à qui l'organisme réfère sa clientèle, la fermeture de l'organisme. • Divers facteurs ont restreint la contribution des organismes avec qui avaient été établis des partenariats : méfiance de certains intervenants des organismes communautaires envers le réseau de la santé, forte rotation du personnel dans les organismes, difficulté à désigner un répondant de l'organisme communautaire qui s'implique plus régulièrement dans le recrutement des clients et la liaison entre le milieu et l'infirmière de l'ÉPDITSS, peu d'engagement à concrétiser des activités communes avec l'infirmière de l'ÉPDITSS, restriction posé par l'organisme face aux clientèles (par exemple, l'organisme dessert les jeunes de la rue mais est réticent à recevoir des jeunes de la rue « UDI »)
5. PARTICIPATION DES POPULATIONS	
5.1 Connaissance des populations / accessibilité aux populations • Le projet « Adaptation des services des CLSC à la clientèle UDI » financé par la DSP, a favorisé une meilleure connaissance par les CLSC des populations UDI vivant sur leur territoire et une ouverture du personnel du CLSC à cette clientèle.	• Les connaissances sur les populations vulnérables (effectif, localisation géographique, recours aux services de santé, déterminants d'adoption de comportements sécuritaires) se sont enrichies au cours des dernières années mais demeurent incomplètes. • Plutôt que leur manque de réceptivité, c'est plutôt la migration, la mobilité des populations (en fait celle des jeunes de la rue et des UDI) du centre ville vers la périphérie (à cause notamment

FACTEURS FACILITANTS	OBSTACLES
	de la « gentrification » des quartiers mais aussi à cause de la répression policière) qui a limité l'implantation du programme. • C'est aussi une question de « visibilité » des populations; ainsi des UDI peuvent être présents dans certains territoires mais demeurés relativement isolés, ne fréquentant pas d'organismes communautaires ni d'autres lieux publics (ou encore, s'ils les fréquentent, comme dans certains CDRMSI, l'interaction de l'UDI avec les intervenants de l'organisme est très brève, très instrumentale.
5.2 Activités de promotion et de recrutement. • L'offre de vaccination contre les hépatites A et B a facilité le contact et l'établissement d'une relation de confiance entre les infirmières et les clients pour aborder d'autres aspects de santé. En milieu carcéral, l'offre de vaccination a conduit à une plus grande demande de consultation pour une rencontre de dépistage avec l'infirmière que ne le faisaient les groupes santé-toxicomanie. La réponse à l'offre de vaccination a été très positive dans toutes les populations visées. • Dans la population haïtienne les activités d'éducation/sensibilisation aux VIH-MTS, sont mieux reçues si elles sont intégrées à des divertissements, à des repas ou fêtes communautaires.	• Une proportion de plus en plus importante des populations vulnérables visées a soit déjà contracté une hépatite A ou B, soit déjà été vaccinée contre ces infections. L'offre de vaccination n'est donc plus aussi pertinente et ne peut plus faire office de pont pour établir des premiers liens avec les clients. • Les équipes plus « anciennes » comme des Faubourgs, Métro et Ahuntsic ont moins investi dans la promotion de leurs services (ainsi, relativement peu d'activités ont été réalisées pour faire connaître et encourager les HARSAH à utiliser les services de dépistage du VIH). • Certains milieux de vie sont difficiles d'accès (piqueries, lieux de travail du sexe…); de plus se faire connaître dans ces milieux et gagner la confiance des clients nécessitent un long processus. En milieu carcéral, on constate un manque d'intérêt pour les groupes santé-toxicomanie qui étaient traditionnellement le lieu de recrutement pour les rendez-vous de dépistage individuel.

ENJEUX

1. Orientations

Populations vulnérables

Déterminer le niveau d'effort à engager actuellement auprès de chacune des populations ciblées.

Préciser notamment ce niveau pour :

- les UDI, la population carcérale, la population dite « générale »;
- mais aussi pour des populations qui n'étaient pas spécifiquement mentionnées dans le cadre de référence : les jeunes en difficulté autres que les jeunes de la rue, les populations originaires d'Afrique sub-saharienne et des Antilles (autres que la population haïtienne), les autochtones, les travailleurs et travailleuses du sexe.

Déterminer les territoires de résidence ou de transition de ces populations où il est actuellement le plus pertinent d'intervenir.

- Préciser notamment la pertinence d'intervenir dans certains territoires de CLSC non couverts par les ÉPDITSS où se retrouveraient maintenant davantage les populations UDI.

Services

Définir pour chacune des populations visées, quels services doivent être offerts prioritairement et quels seraient les objectifs opérationnels réalistes à viser, dont les niveaux de couverture.

Plus spécifiquement

- **Dépistage VIH** Offrir chacune des options de dépistage du VIH (confidentiel, anonyme et nominatif) à chacune des populations vulnérables – élargir cette offre aux autres ITSS.
- **Dépistage des autres ITSS.** Déterminer les objectifs et les indications de programmes de dépistage actif des ITSS autres que l'infection au VIH au sein des populations visées par les ÉPDITSS, notamment le dépistage de l'hépatite C chez les UDI.
- **Vaccination contre les hépatites A et B.** Déterminer le niveau actuel d'immunité naturelle ou acquise contre les hépatites A ou B au sein de diverses populations afin de moduler le programme. Poursuivre les efforts de vaccination contre les hépatites A et B; les UDI constituant une clientèle prioritaire.
- **Éducation à la santé**. Développer et appliquer, en regard de l'adoption de pratiques sécuritaires, une intervention individuelle structurée et systématisée d'éducation à la santé puisant aux mêmes bases théoriques que l'approche motivationnelle.
- **Notification aux partenaires.** Assurer que les intervenants des ÉPDITSS appliquent une approche de notification aux partenaires pour chaque personne chez qui ils dépistent une ITSS. Déterminer s'il y a lieu de consolider un service régional de soutien à la notification aux partenaires de personnes infectées qui couvrant toutes les ITSS et qui relève de la Direction de santé publique.
- **Soutien à la prise en charge médicale – soins globaux.** Déterminer quelle part des activités des ÉPDITSS doit être accordée à la prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH et le VHC (continuum de services préventifs-cliniques pour les UDI, les jeunes de la rue et les autochtones).

- **Interventions de proximité**. Déterminer quelle proportion des services des ÉPDITSS devraient être dispensés « à proximité », et en privilégiant quel modèle d'intervention, quels canaux et quelles stratégies de proximité.
- **Interventions psychosociales**. Définir le « panier des services » psychosociaux. Déterminer dans quelles mesures les services psychosociaux doivent se centrer sur les personnes récemment infectées par le VIH ou le VHC ou encore présentant des situations complexes; sur l'adoption de comportements sécuritaires et le support à la fidélité au traitement pour les PPVIH et la place à donner aux approches de groupe (groupe d' informations/partage, groupe d'entraide et groupe de thérapie).

Effecteurs

Déterminer, selon les populations visées, quelles sont les instances les plus à même actuellement de mener de tels projets.

Préciser notamment s'il y a lieu

- D'attribuer un mandat régional en regard des jeunes de la rue ou des UDI à une seule ÉPDITSS (ou conjointement à 2 ou 3).
- De mandater d'autres effecteurs que les ÉPDITSS pour des interventions préventives-cliniques auprès de certaines populations (particulièrement les UDI), par exemple, l'équipe Itinérance ou l'équipe Jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs, ou les équipes mobiles des UHRESS).

2. Processus interne et externe

- Favoriser un fonctionnement par projet; un fonctionnement souple qui permette de tenir compte de l'évolution des problématiques et de la mouvance des clientèles.
- Favoriser l'implantation de la loi 90, notamment le volet des activités de dépistage des ITSS et celui de l'ordonnance collective; avec la collaboration notamment de la Direction régionale de médecine générale de la RRSSS Montréal-Centre (DRMG)
- Implanter des formulaires de dossier client communs; des outils qui devront être variés pour répondre aux besoins des interventions intra-muros et de proximité, des interventions des infirmiers/ères, des intervenants psychosociaux et des médecins, qui permettent la saisie des composantes préventives et le cas échéant, des composantes cliniques des interventions.
- Favoriser les échanges entre les intervenants psychosociaux des équipes, entre les infirmiers et infirmières des équipes (et entre les médecins impliqués auprès de ces équipes).
- Soutenir la mobilisation d'un médecin ou de quelques médecins du CLSC auprès de chaque ÉPDITSS concernée; médecins qui dans la perspective d'une équipe multidisciplinaire, puissent contribuer étroitement à la définition des plans d'action des ÉPDITSS et à leurs interventions auprès des clientèles.
- Favoriser l'ancrage des ÉPDITSS à l'intérieur de projets communs avec les autres ressources du CLSC et avec des organismes communautaires engagés auprès des populations vulnérables; proposer des incitatifs et des stratégies de gestion qui facilitent cette intégration.
- Favoriser le développement de corridors de services formels entre les ÉPDITSS et les ressources de 1ère et de 2ième ligne.

- Développer / financer des stratégies et des outils pour promouvoir le dépistage des ITSS auprès des populations visées.

3. Suivi - soutien

- Définir avec les effecteurs des contrats de services détaillés (comportant le dépôt d'un plan d'action opérationnel).
- Identifier les projets pour lesquels un soutien particulier à la mise en œuvre serait nécessaire.
- Reprendre l'animation d'un comité régional réunissant les coordonnateurs (ices) des ÉPDITSS contribuant aux orientations, aux stratégies et au suivi des projets des ÉPDITSS.
- Assurer que les établissements de 1ère et 2ième ligne aient les ressources et les capacités de prendre en charge les personnes infectées – et d'être donc en mesure de s'engager dans les corridors de service avec les ÉPDITSS.
- Préciser quelles sont les responsabilités de la Direction des services de 1ère ligne), de la Direction de santé publique de Montréal et, aussi du Service de lutte aux ITSS du MSSS, en termes d'encadrement - orientations des ÉPDITSS, de la formation du personnel et de l'évaluation des projets.

Structure - Ressources financières

- Consolider les financements des ÉPDITSS pour l'année en cours.
- Assurer le financement des postes non récurrents : le personnel infirmier financé à partir des surplus MAD, la 2ième nutritionniste, le personnel impliqué dans des projets bénéficiant de subventions externes (vaccination contre les hépatites A et B en milieu carcéral, projet dans les saunas gais) ainsi que le financement d'activités continues de formation du personnel et d'évaluation du programme des ÉPDITSS
- Reconduire le contrat avec le département de microbiologie du CHUM portant sur les analyses de la chlamydiose et de l'infection gonococcique sur prélèvement urinaire.
- Inclure au budget des équipes des provisions pouvant combler les ressources absentes lors de congés de maladie, de vacances.
- Établir à partir de la révision des budgets du MAD amorcé cet automne, la possibilité d'investir dans certains besoins de développements découlant de la réflexion sur les orientations du programme.

Travaux complémentaires

- Proposer et mettre en place un devis d'évaluation – monitorage des ÉPDITSS. Harmoniser les indicateurs et les outils de collecte pour l'ensemble des ÉPDITSS concernés et mettre en place des modalités simples et rapides d'information et de rétroaction pour les équipes et les gestionnaires. Habiliter les équipes à exploiter davantage les données qu'elles colligent déjà au SIC.
- Monitorer les migrations, les concentrations géographiques des populations vulnérables, des milieux de vie ou des opportunités d'interventions préventives.
- Cerner la situation de l'accès au dépistage des ITSS au sein de la population générale.
- Connaître les déterminants du recours des populations vulnérables aux divers tests de dépistage des ITSS et situer particulièrement le rôle que joue l'anonymat de la procédure.

- Objectiver le niveau d'immunité naturelle ou acquise contre les hépatites A ou B de chacune des populations vulnérables et déterminer si un programme intensif de vaccination est toujours pertinent et, le cas échéant, quelles modifications devraient y être apportées (dont l'indication d'une sérologie prévaccination).
- Établir une position régionale sur le recours au test rapide du VIH qui sera éventuellement homologué au Canada.

CONCLUSION

Tablant sur l'expertise et le dynamisme de leur personnel, les ÉPDITSS ont collectivement mené une grande variété d'activités de promotion de leurs services et de liaison avec les milieux, elles ont continué d'offrir largement les services de dépistage du VIH et de consultations psychosociales auprès des personnes infectées, elles ont ajouté surtout des activités de vaccination contre les hépatites A et B à leur gamme de services et dans la foulée de la nouvelle capacité d'action que leur donne la Loi 90, elles sont en voie d'actualiser le dépistage des ITSS autres que l'infection au VIH. Par ailleurs, elles ont toutes dispensé des services à proximité de leurs clientèles, et ce dans un grand éventail de contextes. Ainsi, après une période de flottement initial, elles se sont véritablement engagées dans le virage proposé.

Comte tenu des ressources disponibles, les ÉPDITSS pourraient être appelées à se concentrer davantage sur les populations vulnérables, tout en spécifiant plus précisément quels services (et quel niveau de couverture) doivent être rendus prioritairement à chacune des populations visées (en développant ce que ne fait pas déjà le réseau de la santé, en allant au-delà de la mise sur pied de « cliniques MTS »).

Les ÉPDITSS seraient également amenées
à poursuivre :
i) l'intégration d'un certain niveau de services cliniques (soins de base, liaison et prise en charge, suivi) à leurs services préventifs; ii) l'intégration des ressources des ÉPDITSS entre elles dans un modèle de fonctionnement commun (faisant écho à la distribution géographique des clientèles, aux besoins réels de masse critique d'intervenants et de multidisciplinarité des intervenants); iii) l'intégration de l'apport des ÉPDITSS dans une programmation régionale en regard de chaque population, basée sur des stratégies de gestion qui favorisent l'ancrage des ÉPDITSS à l'intérieur de projets avec des organismes communautaires engagés auprès des populations vulnérables et avec les établissements de 2ième ligne.

et à approfondir :
i) des modèles d'interventions individuelles de modifications de comportement efficaces; ii) des modèles d'intervention de proximité; iii) des modèles de soins globaux pour des clientèles plus désorganisées comme les personnes qui s'injectent des drogues.

BIBLIOGRAPHIE

ADRIEN A, LALONDE M. Évaluation d'implantation du programme de notification aux partenaires VIH du Centre d'intervention sida du CLSC Métro. *DSP Montréal Centre*, 2003.

ALARY M, HANKINS C, PARENT R, NOËL L, BLANCHETTE C, CLAESSENS C, TRAN T et coll. SurvUDI : Trois années de surveillance du virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection. *Centre de santé publique de Québec et Direction de la santé publique de Montréal-Centre*. Juin 1998.

ALARY M, HANKINS C, PARENT R, NOËL L, BLANCHETTE C., Roy É. et coll. SurvUDI. Surveillance épidémiologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine chez les utilisateurs de drogues par injection. *Rapport intérimaire. Réseau survUDI*. novembre 2002.

ALARY M, PARENT R, HANKINS C, MORISSETTE C, NOËL L, et coll. SurvUDI: *Decrease in needle sharing and HIV incidence among injection drug users in the province of Quebec and Ottawa.* Présentation à la 12ième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida, Halifax 2003.

ALLAOUI S. VIH/SIDA et communautés africaines de Montréal : Un état de situation, Montréal, 2002.

BASTIEN R, LÉVY J, OLAZABAL I, TROTTIER G, ROY É. Analyse descriptive de la prévention dans le travail de proximité : la problématique des MTS/VIH et celles connexes, Étude exploratoire : *Rapport de recherche. Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre*, 2001.

BEECHINOR L and MATSUSHIMA K. The Nurse Practitioner and Homeless Adolescent in Waikiki. *Nurse Practitioner Forum 1997*, 8 (1): 28-31.

BÉHANZIN L. Le travail de proximité comme stratégie de prévention des risques liés aux IST/VIH/Sida auprès des personnes marginalisées et exclues en république du Bénin : Une inspiration issue d'expériences Montréalaises (Québec), *Rapport de stage, Direction de santé publique de Montréal Centre*, septembre 2002.

BELL G and ROGSTAD K. Off-Street Sex Workers and their use of Genitourinary Medicine Services. *International Journal of STD & Aids 2000*, 11:592-593.

BLAIS C. Programme de prévention de la transmission du VIH et des autres MTS pour la Régie Régionale de Montréal-Centre. Subventions pour les projets en continuité de la prévention du VIH et autres MTS 1998-1999. *Bilan d'activités. Unité de maladies infectieuses DSP*. Août 2000.

BRISSON P. L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques. Comité *permanent de la lutte à la toxicomanie. Dépôt légal* : Bibliothèque nationale du Canada. Bibliothèque nationale du Québec, 1998.

BULL SS, JONES CA, GRANBERRY-OWENS D, STONER BP, RIETMEIJER CA. Acceptability and feasibility of urine screening for Chlamydia and gonorrhea in community organizations: perspectives from Denver and St Louis. *Am J Public Health*. 2000 Feb;90(2):285-6.

BUSEN NH and BEECH B. A Collaborative Model for Community-Based Health Care Screening of Homeless Adolescents. *Journal of Professional Nursing* 1997, 13 (5):316-324.

CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. Bringing street youth out of the shadows. *CPS News* 1998; (May/June): 5-6.

CARRIÈRE A, CHAMPOUX F, LAMBERT G. Cadre de Référence – *Équipes spécialisées prévention SIDA-MTS des CLSC. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre*, 29 mars 1999.

CDC. Revised Guidelines for HIV counselling, testing, and referral. *MMWR 2001*; 50 (No.RR-19).

CHAMPAGNE F, DENIS JL. Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions : L'Analyse de l'implantation. Service Social : *L'avenir des services ou services d'avenir* 1992 ; 41(1) : 143-163.

CHEN JL, KODAGODA D, LAWRENCE AM, KERNDT PR. Rapid public health interventions in response to an outbreak of syphilis en Los Angeles. *Sexually Transmitted Diseases*. May 2002; 29(5): 277-284.

CHENEY R and MERWIN A. Integrating a Theoretical Framework with Street Outreach Services: Issues for Successful Training. *Behavioural Science in HIV Prevention* 1996, 111 (Supplément 1): 83-88.

CLERMONT M, SIOUI-DURANT. L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles. Orientation Ministérielle. Direction générale de la planification et de l'évaluation. *Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, Bibliothèque nationale du Québec, 1997.

CLSC DES FAUBOURGS - DSP. Proposition d'évaluation de l'intervention de l'Équipe jeunes de la rue du CLSC des Faubourgs. Documents de travail, 2002.

CONTANDRIOPOULOS A-P, CHAMPAGNE F, POTVIN L, DENIS J-L, BOYLE P. Savoir préparer une recherche, la Définir la Structurer, la Financer. *Les presses de l'Université de Montréal*, 1990.

COUNCIL ON SCIENTIFIC AFFAIRS. Health Care Needs of Homeless and Runaway Youths. *Jama 1989*, 262 (10):1358-1361.

COX J, MORISSETTE C, ROY E, ALLARD R, STEPHENSON R, GRAVES L. Hepatitis C related injection drug use behaviours in Montreal. Présentation à la 12ième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida, Halifax 2003.

COYLE SL, NEEDLE RH and NORMAND J. Outreach-Based HIV Prevention for Injecting Drug Users: A review of Published Outcome Data. *Public Health Reports* 1998; 113 (Supplément 1):19-30.

CQCS. *Services de dépistage anonyme au VIH.* Mise à jour des données recueillies pour l'année financière 2000-2001 par les régies régionales. Direction de santé publique. MSSS, juillet 2002.

DAVIS Rees W, SHERRY Deren, BEARDSLEY Mark, WENSTON John and TORTU Stephanie. Gender differences and other factors associated with HIV testing in a national sample of active drug injectors. *Aids Education and Prevention*, 1997, 9(4), 342-358.

DEBATTISTA J, CLEMENTSON C, MASON D, DWYER J, ARGENT S, WOODWARD C, DEAN J, BUKS L, COPLEY M, HINWOOD G, BENFIELD C, WALTON P. Screening for Neisseria gonorrhoeae and chlamydia trachomatis at entertainment venues among men who have sex with men. *Sex transm Dis*. 2002, 29(4): 216-21.

DENIS JL, CHAMPAGNE FC. L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes. *La revue canadienne d'évaluation de programme*. 1990 ; 5(2) : 47 -67.

DICLEMENTE RJ, WINGOOD GM, DELRIO C, CROSBY RA. Prevention interventions for HIV positive individuals. A public health priority. *Sexual Transmitted Infect.*2002;78: 393-395.

DIFRANCEISCO W, HOLTGRAVE DR, HOXIE N, REISER WJ, RESENHOELT R, PINKERTON SD, VERGERONT J. HIV Seropositivity Rates in Outreach-Based Counselling and Testing Services: Program Evaluation. *J. Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998; 19 : 282-8.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *Le "Défi de l'accès" pour les jeunes de la rue à Montréal.* Rapport. 1998

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003 – 2012.* Québec 2003.

DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES CORRECTIONNELS. Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001 *Rapport synthèse. Ministère de la sécurité publique,* 2002. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida. Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : une question pressante. *Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada,* avril 2002.

DONABEDIAN A. Exploration in Quality Assessment and Monitoring, vol. 1: The definition of Quality and Approaches to it Assessment. *Health Administration Press.* Ann Arbor, Michigan, 1980, p. 17.

DONABEDIAN A. The quality of care - How Can It Be Assessed? *JAMA*, sept. 23/30, 1988 - vol. 260 (12) : 1743-1748.

DUVAL M, FONTAINE A. Lorsque des pratiques différentes se heurtent : les relations entre les travailleurs de rue et les autres intervenants. *Nouvelles pratiques sociales* juin 2000; 13(1) : 49-67.

ELLEN JM, BONU S, ARRUDA JS, WARD MA., VOGEL R. Comparison of Clients of a Mobile Health Van and a Traditional STD Clinic. *J. Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 2003; 32: 388 - 393.

ENSIGN J and GITTELSOHN J. Health and access to case: perspectives of homeless youth in Baltimore city, U.S.A. *Soc. Sci. Med* 1998, 47 (2): 087-2099.

FINELLIL, FARLEY TP, GIBSON JJ, HWANG LY, LANGLEY C, LEVINE WC. Prevalence monitoring in syphilis surveillance: Results from a multi center research program. *Sex Transm Dis*; 29: 769-774.

FORD PM, PEARSON M, SANKAR-MISTRY P. STEVENSON T, BELLE D, AUSTIN J. HIV, Hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary. Queen's University HIV Prison Study Group. *QJM* 2000 Feb;93(2) : 113-9.

FORD PM, WHITE C, KAUFMANN H, MACTAVISH J, PEARSON M, FORD S, SANKAR-MISTRY P, CONNOR P Voluntary anonymous linked study of the prevalence of HIV infection and hepatitis C among inmates in a Canadian federal penitentiary for women *Can Med Assoc* 1995; 153 (11): 1605-9.

FOURNIER L, CHEVALIER S et autres. Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et Québec1996-1997. Montréal/Québec: *Premiers résultats. Santé Québec*, 1998.

GAYLE M, GEBER GM. Barriers to Health Care for Street Youth. *Journal of adolescent health* 1997, 21:287-290.

GETTING TO OUTCOMES – Volume I, SAMHSA – CSAP-NCAP-Juin 2000.

GIBSON DR, MCCUSKER J, and CHESNEY M. Effectiveness of psychosocial interventions in preventing HIV risk behaviour in injecting drug users. *AIDS* 1998, 12 (8):919-929.

GOBEIL A, GAUTHIER J, LEMAY JG, MOREL R. Pour une approche globale de la santé dans les Établissements de détention, Vers une proposition de programmation. CLSC Ahuntsic et La Source. 2002.

GOBEIL A. *Révision de l'entente provinciale sécurité publique et CLSC Ahuntsic* : Document de travail, juin 2002.

GODIN G, GAGNON H, ALARY M, NOËL L et MORISSETTE MR. (2001). Correctional officer's intention of accepting or refusing to make HIV preventive tools accessible to inmates. *AIDS Education and Prevention* 13, 5: 462-473.

GOLDEN MR. HIV partner notification: a neglected intervention. *Sex Transm Dis* 2002; 29: 472-5.

GRAND K. Integrating the services of the nurse practitioner in the inner city. An evaluation of Enhanced services at the CUPS Community Health Centre Calgary, Alberta. *Final Project Report. GRANDEUR Health Consulting Limited,* May 2000.

GREENBERG J et al. Linking Injection Drug Users to medical services: *role of Street Outreach Referrals. Health & Social Work,* 1998 23 (4):298-309.

GROUPE DE TRAVAIL POUR L'IMPLANTATION DES SERVICES INTÉGRÉS DE DÉPISTAGE DU VIH, DES ITS ET DES HÉPATITES VIRALES. *Compte rendu de la Rencontre du 30 août 2002.*

GUNN RA, HARPER S.L, BORNTRAGER BS, GONZALES PE, ST LOUIS ME. Implementing a Syphilis Elimination and Importation Control Strategy in a Low-Incidence Urban Area : San Diego County, California, 1997-1998. *American Journal of Public Health 2000,* 90 (10): 1540-44.

HALEY N, BÉLANGER L, ROY E, PLANTE M-E and CARGO Anna-Louise. Projet de vaccination contre l'hépatite B chez les jeunes de la rue de Montréal. 2-89494-245-1. 2000. *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.* Ref Type: Report.

HALEY N, ROY É, LECLERC P, LAMBERT G, BOIVIN J-F, CÉDRAS L, VINCELETTE J. Risk behaviours and prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae genital infections among Montreal street youth. *Int J STD AIDS,* 2002;13(4):238-45.

HALEY N and ROY E. Canadian Street youth: Who are they? What are their needs ? *Paediatr Child Health* 1999, 4 (6):381-383.

HALEY N et al. A Hepatitis B vaccination outreach project for street youth in Montreal. *The Canadian Journal of Human Sexuality 1998,* 7 (4):331-338.

HANKINS C, GENDRON S, HANDLEY M ET COLL. Infection au VIH - 1 chez des hommes incarcérés - Québec. *RHMC* 1991 ; 17 : 233 -235.

HANKINS C, GENDRON S, RICHARD C, O'SAUGHNESSY M; Infection au VIH dans une prison a sécurité intermédiaire pour femmes - Québec. *Can Dis Wkly* Rep 1989 Sep 2; 15(35): 180.

HILTON A, THOMPSON R, and MOORE-DEMPSEY L. Evaluation of the Aids, Prevention Street Nurse PROGRAM : ONE STEP AT A TIME. *Canadian Journal of Nursing Research* 2000; 32 (1):17-38.

HILTON A et al. Aids prevention on the streets. *Canadian Nurse* 2000; 96 (8):24-28.

HILTON A et al. Urban Outpost Nursing: The Nature of the Nurse's Work in the Aids Prevention Street Nurse Program. *Public Health Nursing* 2001, 18 (4):273-280.

HUBA GJ et al. Service Use Patterns of Youth with, and at High Risk for, HIV: A Care Typology. *Aids Patient Care and STDs*, 2000 14 (7):359-379.

KAHN RH, MOSELEY KE, Thilges JN, JOHNSON G, FARLEY TA. Community-based screening and treatment for STDs: results from a mobile clinic initiative. *Sex Transm Dis*. 2003 Aug;30(8):654-8.

KAMB, ML et coll. Efficacy of Risk-reduction Counselling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and *Sexually Transmitted Diseases. JAMA* ; 280 (13), 1998.

KEENAN PA and KEENAN JM. Rapid HIV testing in urban, Outreach: a strategy for improving post-test counselling rates. *Aids Education and Prevention*, 2001 13 (6):541-550.

KILBY DL, MAJOR C.J, STEBEN MH, SUTHERLAND WD, BALLY GA. Dépistage du VIH dans les points de service à l'aide des trousses de dépistage rapide : Guide pour les professionnels de la santé. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* avril 2000, vol 26(07) : 49-59.

KLEIN JD. Adolescents, Health Services, and Access to Care. *Journal of adolescent health 2000*, 27:293-294.

KLEIN JD et al. Homeless and Runaway Youths' Access to Health Care. *Journal of adolescent health 2000*, 27:331-339.

L'ACTUALITÉ MÉDICALE, 26 juin 2002 *: Groupes de médecine de Famille c'est Parti !* 11. Le projet de Loi 90.

L'OIIQ Communiqué. Adoption du projet de loi no 90 : Une réforme majeure qui permettra à chaque professionnel de la santé de mieux utiliser ses compétences, *Estime l'OIIQ. Québec le 14 juin*.www.oiiq.org/act_pub/communiques/ communiques2002/communi138.htm.

LABERGE A, ROSSI C, ALLEN M-F et autres. Bilan de la mise en œuvre des orientations nationales en matière de VIH/Sida, de MTS et de VHC : les points de vue des régions, rapport synthèse, *Direction de santé publique*, Mars 2002.

LAHAIE C. ÉQUIPE MOBILE DE L'UHRESS DU CHUM. Rapport préliminaire. Novembre 2001.

LALLY MA, ALVAREZ S, MACNEVIN R, CENEDELLA C, DISPIGNO M, HARWELL JI, PUGATCH D, FLANIGAN TP. Acceptability of sexually transmitted infection screening among women in short-term substance abuse treatment.*Sex Transm Dis*. 2002 Dec;29(12):752-5.

LAMBERT G, CARRIÈRE S, LAVOIE R. Activités de prévention ITS /VIH/ Hépatites dans les saunas de Montréal. Proposition d'un projet d'intervention. DSP Montréal-Centre, CLSC des Faubourgs, *Organisme Séro-Zéro*. Novembre 2001.

LAMBERT G, consultants : ALLARD R. et VINCELETTE J. Accès aux tests de détection de la chlamydiose génitale et de l'infection gonococcique sur prélèvement urinaire. Pour la clientèle desservie par les équipes spécialisées de prévention SIDA MTS des CLSCS désignés. *Unité de maladies infectieuses, Direction de la santé publique, RRSSS de Montréal- Centre.* Février 2001.

LAMBERT G. Projet de soutien à l'implantation de programme provincial de vaccination contre les hépatites A et B auprès des personnes qui s'injectent des drogues par l'intermédiaire du réseau des équipes spécialisées en prévention SIDA – MTS des CLSC de Montréal. *Plan opérationnel.* Février 2001.

LAMBERT G. Projet de soutien à l'implantation du programme provincial de vaccination contre les hépatites A et B auprès des personnes qui s'injectent des drogues, par l'intermédiaire du réseau des équipes spécialisées en prévention SIDA – MTS des CLSC de Montréal. *Projet présenté à la Direction de la santé Publique MSSS.* Mars 2000.

LAMBERT G. Soutien à l'implantation d'activités de vaccination contre les hépatites A et B à l'intention de populations vulnérables, difficiles à rejoindre. *Devis d'évaluation. Document de travail –mise à jour septembre 2001.*

LAMBERT G, OTIS J, LAVOIE R, SISSOKO H, BALS M. Comportement à risque et réceptivité au dépistage VIH/ITS et à la vaccination contre les hépatites parmi les clients des saunas gais de Montréal. DSP de Montréal-Centre, Université du Québec, Action Séro-zéro. Étude en cours. 2003.

LAMBERT G, dans Rapport sur les maladies infectieuses à déclaration obligatoire, Régie régionale de Montréal-Centre année 2002, Unité de maladies infectieuses, 2003 (en cours).

LAMOTHE F, VINCELETTE J, BRUNEAU J et coll. Prevalence, seroconversion rates and risk factors for hepatitis B core, hepatitis C and HIV antibodies among intravenous drugs users (IDU) of the Saint-Luc Cohort. Présentation #221 à la sixième conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH /sida. 22-25 mai 1997. Ottawa, Ontario. *Journal canadien des maladies infectieuses*, vol. 8, supplément A, Mars /Avril 1997.

LAVOIE R, ADRIEN A, D'ASTOUS M, CHARLAND C, TURCOTTE N. Rapport du projet Sexe au positif, service de consultation psychosexuelle pour hommes gais séropositifs offert à Action Sero-Zéro en partenariat, avec la direction de la santé publique de Montréal centre. Fév. 1999

LE CERCLE DE L'ESPOIR. Effort, Solidarité, Prévention, Organisation, Intervention et Recherche. Stratégie des Premières Nations et des Inuits du Québec sur le VIH et le Sida. Février 2000.

LEBEAU J, TÉTREAULT H. Programme de dépistage anonyme du VIH/sida, *Rapport d'évaluation. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Francs* 1998.

LOXELY W, BOLLETER A, CARRUNTHERS S. Talking about testing : Opportunities for prevention in blood borne virus and vaccination with injectors. National Drug Research Institute, Preventing harmful drug use in Australia. *Curtin University of Technology.* October 2001.

MALBOEUF MC. Les criminels du VIH, Poursuivre ou pas ? La Presse, Montréal, 9 février 2003.

McCARTHY AE, MACDONALD NE, FEDER S, DOHERTY J-AA, MCAVOY L, TOYE B. Urine testing for Chlamydia trachomatis and hassle-free follow-up is acceptable to street youth. *Paediatr Child Health* 1999 Sept ; 4 (6): 395 -399.

McNEIL R. Évaluer pour s'améliorer. Un Regard sur les attentes et la satisfaction des Montréalais en l'an 2000. *Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Montréal*, 2001.

MÉDECINS DU MONDE, bilan de la phase 1 du projet Montréal (1999-2002), 2002.

MÉDECINS DU MONDE, *Phase 2 du Projet-Montréal* (2003-2005) de médecins du Monde Appui aux services destinés aux personnes exclues des soins de santé de Montréal.

MERCIER-TREMBLAY C. et MILSTEIN S.L. L'évaluation formative et l'amélioration des programmes de traitement. *"Toxicomanies"* vol. II, juin 1978.

MILLER M, MEYER L, BOUFASSA F ET AL. Sexual behavior changes and protease inhibitor therapy. *AIDS 2000* ; 14 : F33-F39.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE DU CANADA. Loi sur les Indiens. LR. 1985

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, Direction générale de la santé Publique. Stratégie québécoise de lutte contre les MTS, Orientations 2000-2002. Québec, 2000.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. Les moyens de prévention de la transmission du VIH en milieu carcéral en regard de la clientèle UDI : *Plan d'action (1998-2002)*, 8 septembre 1998.

MORIN, M, Bouchard A et coll. Le dépistage anonyme du VIH, *Ministère de la santé et des Services sociaux centre de coordination sur le sida*. 2001.

MORISSETTE C et LECLERC P. Monitorage des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional : avril 2000 à mars 2002. Programme de prévention chez les usagers de drogues par injection de Montréal Centre. *DSP, RRSSS Montréal Centre*, juillet 2003.

MORTON AN, WAKEFIELD T, TABRIZI SN, GARLAND SM, FAIRLEY CK. An outreach programme for sexually transmitted infection screening in street sex workers using self-administered samples. *Int J STD AIDS*. 1999 Nov;10(11):741-3.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. Consensus development conference statement, Management of hepatitis C : 2002, June 10-12, 2002. *Final Statement*, Revision made September, 12 2002.

NEAL JJ, FELMING PL. Frequency and preditors of late HIV diagnosis in the Unites states, 1994 through 1999. In: Final program and abstracts of the 9th Conference on Retrovirus and opportunistic infections, Seattle, Washington, February 24-28, 2002. Alexandria, Virginia : *Foundation for Retrovirology and Human Health*.

NOËL O. L'accès aux soins des jeunes non scolarisés en voie de précarisation. *Santé Publique* 1997, (4) : 397-412.

O'CONNER CA, PATSDAUGHTER CA, GRINDEL CG et al. A mobile HIV education and testing program: bringing services to hard to reach populations. *AIDS Patients Care* 1998; 12 : 931-7.

OMPAD DC, FULLER CM, VLAHOV D, THOMAS D, STRATHDEE SA. Lack of behavior change after disclosure of hepatitis C virus infection among young injection drug users in Baltimore, Maryland. *CID 2002* : 35 (1 october) : 783- 8.

ONUSIDA. Le sida dans les prisons. Point de vue ONUSIDA. Collection ONUSIDA sur les meilleures pratiques, 1997.

PALELLA FJ, DELORIA-KNOLL M, CHIMEL JS et al. Survival benefits of initiating antiretroviral therapy HIV infected persons in different CD4+ cell strata. *Ann Intern Med* 2003 ; 138: 620-6.

PAQUETTE-DESJARDINS D. McGILL - Application au quotidien. Paquette-Desjardins *Formation Conseil Inc.* 1999.

PATTON MQ. Utilisation-Focused Evaluation. The New century Text, 3rd edition. *Sage Publications. Thousand Oaks*, London, New Delhi, 1992.

PEARSON M, MISTRY PS, FORD PM. Voluntary screening for hepatitis C in a Canadian federal penitentiary for men. *Can Comm Dis Rep* 1995; 21(14) : 134-6.

PECTOR J. Cadre et enjeux de la pratique du travail de la rue. Québec. *Document de travail du comité interne d'ATTrueQ* ; 2000-2001.

PERNANEN, K, BROCHU, S, COUSINEAU, MM, SUN, F. Proportion of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada. Ottawa: *Centre canadien de lutte à la toxicomanie*, 2001.

PINEAULT R et DAVELUY C. La planification de la santé. Concept - Méthodes - Stratégies. *Éditions Nouvelles, Montréal*, 1995.

PLOURDE C, BROCHU S, LEMIRE G. Drogues et Prison : Faits et enjeux actuels. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique* 2001, 54(2), 197-220.

PLOURDE C, BROCHU S. Drogue et alcool durant l'incarcération : examen de la situation des pénitenciers québécois. *Revue Canadienne de Criminologie* 2002 ; 44(2), 209-240.

PREFONTAINE RG, CHAUDARY RK. Étude séro-épidémiologique des virus de l'hépatite B et C dans les établissements correctionnels fédéraux de Colombie Britannique, *Can Dis Wkly Rep* 1990 Dec. 29; 16(52) : 265-6.

PROJET DE LOI NO 90 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Présentation Présenté par M. Paul Bégin Ministre responsable de l'application des lois professionnelles *Éditeur officiel du Québec* 2002.

PUGATCH DL, BARRETT GL, LALLY MA, REINERT SE et coll. HIV Testing among young adults and older adolescents in the Setting of acute substance abuse treatment. *JAIDS*, 2001. 27(2) : 135 - 142.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL CENTRE. Programme de formation à l'intention des intervenants des équipes, rapport d'analyse de besoins. *Équipes de prévention SIDA-MTS CLSC désignées région de Montréal Centre*. Août 2000.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL CENTRE. « Plan montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 » de la *Planification stratégique 2003-2006.*

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. L'ACCÈS EN ACTION : Plan montréalais d'organisation des services médicaux généraux et des besoins en effectifs médicaux, 2003. ISBN 2-89510-109-4.

REMIS R S, LECLERC P, BRUNEAU J, BEAUCHEMIN J et coll. Consortium to characterise injection drug users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver). Institution administering the Grant : *Department of Public Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Toronto.* Final report March 1998.

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA. Comportements à risque élevé derrière les barreaux. Feuillet d'information No 2, VIH/sida et prisons, 2001 - 2002.

REULER JAMES B. Outreach Health Services for Street Youth. *Journal of adolescent health* 1991; 12:561-566.

RISSER JM, RISSER WL, GEFTER LR, BRANDSTETTER DM, CROMWELL PF. Implementation of a screening program for chlamydial infection in incarcerated adolescents. *Sex Transm Dis*. 2001 jan ; 28(1):43-6.

ROSENFELD SL et al. Youth Perceptions of Comprehensive Adolescent Health Services Through the Boston Happens Program. *Journal of Paediatric Health Care* 2000; 14(2):60-67.

ROSSI P.H, FREEMAN EH, LIPSEY MW. Évaluation -A systematic Approach. 6th edition. *Sage Publications. Thousand Oaks*, London, New Delhi, 1998.

ROSSI PH. issues in the evaluation of human services delivery. *Evaluation Quarterly*, 1978 vol. 2(4): 573-599.

ROTHERAM-BORUS MJ, GILLIS R, REID HM, FERNANDEZ I et GWADZ M. HIV testing, behaviours and knowledge among adolescent at high risk. *Journal of Adolescent Health*, vol. 20(30), mars 1997.

ROTHON DA, MATHIAS RG, SCHECHTER TM. Prevalence of HIV infection in provincial prisons in British Coloumbia. *CMAJ* 1994 ; 151(6) : 781 - 787.

ROY É, GODIN G, HALEY N, BOIVIN J-F, CLAESSENS C, VINCELETTE J, LECLERC P, DESMARAIS D, CÉDRAS L, SOCHANSKI B. L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. *Rapport d'étape numéro 1*. Juillet 2002. ISBN : 2-89494-355-5.

ROY É, HALEY N, LECLERC P, BOIVIN J-F, CÉDRAS L, VINCELETTE J. Risk factors for hepatitis C virus infection among street youths, *Can Med Assoc J*, 2001 Sept. 4;165(5):557-60.

ROY É, HALEY N, LECLERC P, CÉDRAS L, WEBER A, CLAESSENS C, BOIVIN J-F. HIV Incidence Among Street Youth in Montreal, Canada. *AIDS* 2003 ; 17(7) : 1071-1075.

ROY É, HALEY N, LEMIRE N, BOIVIN JF, LECLERC P, VINCELETTE J. Hepatitis B Virus Infection Among Street Youths in Montreal, *Can Med J Ass*, 1999 Sept. 21;161(6):689-93.

ROY E et coll. Les jeunes de la rue de Montréal et l'infection au VIH. *Étude de prévalence, rapport final*, juillet 1996.

RRSSS DE MONTRÉAL CENTRE, La prévention en action - *Plan d'action montréalais en santé publique, 2003-2006.*

SAMSON J ET AUGER D. Plan de communication. Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. *MSSS*. Avril 2003.

SANTÉ CANADA, Avis : Santé canada avise les canadiens et les canadiennes de faux résultats possibles donnés par certaines trousses de dépistage rapide du VIH. www.hc-sc.gc.ca/français/protection/mises_garde/2002.

SANTÉ CANADA. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida. Le VIH et le sida chez les peuples autochtones du Canada : une question pressante. *Direction générale de la santé de la population et de la santé publique,* avril 2002.

SANTÉ CANADA. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/sida. Le VIH et le SIDA au Canada. Rapport de surveillance en date du 30 juin 2002. *Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. Direction générale des maladies infectieuses. Direction générale de la santé'é de population et de la santé publique.* Novembre 2002.

SANTÉ CANADA. GUIDE D'ÉVALUATION DE PROJET : UNE DÉMARCHE PARTICIPATIVE. *Publication autorisée par le ministre de la santé nationale et du Bien – être social.* Mai 1996.

SANTÉ CANADA. Stratégie canadienne sur le VIH sida. Ensemble nous irons plus loin. 1998

SCHEIRER MA. Program theory and implementation theory: Implications for evaluators. dans L. BICKMAN "Using Program Theory in Evaluation". San Francisco, 1987: Jossey- Bass, p. 59-76.

SCOTT GR, PEACOCK W and CAMERON S. Outreach STD clinics for prostitutes in Edinburgh. *International Journal of STD & Aids* 1995; 6:197-200.

SHIP SJ, NORTON et al. Breaking the Walls of Silence : Aboriginal People and HIV/AIDS in Montreal HIV/AIDS Needs Assessment : *Final Report. Sweet grass Consulting.* November 2001.

SPIELBERG F, GOLDBAUM G, BRANSON B et coll. HIV Counselling and testing preferences among injecting drug users. *Department of family medicine, University of Washington.* Robert Wood Johnson clinical scholars program. 1998.

SPITAL PM, CRAIB KJP, WOOD E, LALIBERTÉ N, LI K, TYNDALL MW, O'SAUGHNESSY M, SCHECHTER MT. Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver. *CMAJ 2002* ; 166(7) : 894-9.

STARK LR. Barriers to Health Care for Homeless People. Chapitre 10 in Homelessness: A prevention oriented approach. (Jahiel R.I.) *John Hopkins University Press,* 1992.

TENNER AD et al. (1998) Seattle Youth Care's Prevention, Intervention, and Education Program. *Journal of adolescent health* 23S:96-106.

THIBAUDEAU M-F, DENONCOURT H. Nursing practice in outreach clinics for the homeless in Montréal *Nursing Practice in the Community,* 1997.

TROTTIER G, BASTIEN R, LÉVY J, ROY E and OLAZABAL I. Le travail de proximité: une pratique incontournable en prévention du VIH/sida auprès des jeunes en situation de risque élevé. 2002. Ref Type: Conference Proceeding.

TURMEL B, DESROCHERS D, Portrait de l'infection par le VIH et du Sida au Québec. *MSSS Québec - Direction des communications.* Décembre 2002.

VALENTINE J and Wright-DE AGÜERO L. Defining the Components of Street Outreach for HIV Prevention: the Contact and the Encounter. *Behavioural Science in HIV Prevention*1996, *111* (Supplement 1):69-74.

VANABLE PA, OSTROW DG, McKIRNAN DJ, TAYWADITEP KJ, HOPE BA. Impact of combination therapies on HIV risk perception and sexual risk among HIV positive and HIV negative gay and bisexual men. *Health Psychol* 200 ; 19 : 134-145.

VAN LEEUWEN JM, RIETMEIJER CA, LEROUX T, WHITE R, PETERSEN J. Reaching homeless youths for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae screening in Denver, Colorado.*Sex Transm Infect.* 2002 Oct;78(5):357-9.

VERGNE F. Le psychologue comme médiateur. *Le journal des psychologues* avril 1997; 146, p.28-29

WOODS ER. et al. Boston Happens Program. *Journal of adolescent health* 1998 23S:37-48.

YEATON J et SECHREST L. Evaluation Health Care. *American Behavioural Scientist.* 1985 Vol. 28(4): 527-542.

YIN RK. "Case Study Research". Beverly Hills (CA), *Sage,* 1984.

ANNEXES

ANNEXE 1

ANNEXE 1 : TABLEAU SYNTHÈSE DES INDICATEURS D'ÉVALUATION DES ÉPITSS

1 STRUCTURE		
Dimensions	**Indicateurs**	**Sources et méthodes de collecte**
1.1 Ressources Financières	• **Montants des budgets accordés** - DSP - RRSSS - Autres organismes subventionnaires - Source interne de financement (clsc)	- Bilan financier de l'équipe (2000-2002) et documents afférents - Documents des ÉPITSS (bilans, rapports, plans d'action, compte rendu des réunions, documents d'information promotion)
1.2 Ressources Humaines	- Nombre planifié et réel de ressources humaines ETP par type de ressource de l'équipe - Raisons des différences entre le nombre planifié et réel d'ETC - Taux de roulement du personnel - Rattachement administratif de l'équipe au sein du CLSC	- Idem
1.3 Ressources Matérielles	• **Dépenses identifiées** - Transport des intervenants du CLSC, des tests - Formation des intervenants de l'EPITSS et des organismes - Communications (téléphone cellulaire) - Documentation	
1.4 Ressources Informationnelles	• **Usage d'outils informationnels** - Outils disponibles (SIC etc.) - Modalités de saisie des informations - Modalités d'analyse des informations - Modalités de diffusion des informations	- Documents des ÉPITSS ; - Entrevues semi-structurées avec les coordonnateurs et les intervenants des équipes

2 PROCESSUS INTERNE : IMPLANTATION / DÉROULEMENT DES ACTIVITÉS ET SERVICES		
Dimensions	**Indicateurs**	**Sources et méthodes de collecte**
2.1 Activités réalisées		
2.1.1 Activités de gestion/ planification/ encadrement clinique de l'équipe **2.1.2** Activités de recrutement du personnel **2.1.3** Activités de formation du personnel **2.1.4** Activités de développement d'outils d'intervention **2.1.5** Activités de promotion des services **2.1.6** Activités de connaissance des populations vulnérables et de sensibilisation à la problématique **2.1.7** Activités de liaison avec les partenaires **2.1.8** Activités de formation des partenaires **2.1.9** Activités non prévues réalisées	• **Description des activités** *(pour chacune)* : - Déroulement - Moyens stratégies et modalités de réalisation - Modalités d'adaptation - ajustement des activités - Temps consacré à chaque type d'activité (ETP/ressource) Et : - Nombre / fréquence de réunions d'équipe - Nombre d'intervenants recrutés (Difficultés de recrutement) - Nombre de personnes formées / Nombre heures de formation - Description des outils d'intervention utilisés / développés - Description des outils de promotion développés - Nombre de partenaires auprès de qui des activités de liaison ont été effectuées (détail des liens avec partenaires au point 3)	- Entrevues semi-structurées avec les coordonnateurs et les intervenants des équipes - Groupes de discussion avec les intervenants - Documents des CLSC (bilans, rapports, plans d'action. compte rendu des réunions, documents d'information promotion)
2.2 Modalités de dispensation des services		
2.2.1 Organisationnelles : Accessibilité, Continuité et Facilité	• **Accessibilité** - Localisation géographique - Politique de territorialité de CLSC - Critères d'éligibilité de la clientèle (âge, autres) - Heures d'ouverture (le soir, la fin de semaine, sans rendez-vous) - Délais d'attente pour un rendez-vous ou un résultats - Information adaptée à la langue et à la culture • **Continuité** - Fréquence de l'offre de service - Présence de la même ressource ou rotation - Modalités de relance - Autres critères de continuité	- Documents, entrevues coordonnateurs et intervenants - Étude auprès des clients et par défaut entrevues/ groupes discussion avec les intervenants - Entrevues / Focus groups avec les intervenants

	- Référence et suivi – voir point 3 • **Facilité** - Ouverture de dossier - Moins de formalités pour le client - Exigence de carte RAMQ - Faciliter/accompagner vers références - voir point 3	- Entrevues / Focus groups avec les Intervenants
2.2.2 Professionnelles : Fiabilité/ compétences / capacités d'intervention	• **Fiabilité- compétences** - Activités de formation voir point 2.1 - Dernière certification RCR - Années d'expériences, et d'expérience auprès de pop. vulnérables • **Capacité d'intervention / mandat – équipement – sécurité** - Mandat : actes délégués - Horaire : application de conventions collectives - Disponibilité de tests : date de disponibilité test sur prélèvement urinaire pour chlamydiose et infection gonococcique – contraintes reliées au test urinaire - Communication – disponibilité de téléphone cellulaire, autre… - Sécurité (lors de travail à proximité) - Soutien informationnel : beaucoup de paperasses à remplir - Soutien – isolement professionnel, qualité - fréquence de l'encadrement - Perception de son rôle comme intervenant – perception de la pertinence des activités à proximité - Nombre d'intervenants : Suffisance du nombre d'intervenants	- Entrevues / Focus groups avec les Intervenants
2.2.3 Relationnelles : Acceptabilité, Attitudes des intervenants envers la clientèle	• **Dignité** (respect et considération du client) - Respect, sans discrimination ou jugement de valeurs - Respect du choix du client - Tenir compte de la culture et des habitudes de vie du client • **Intimité** (relation personnalisée, confidentielle et sécuritaire) - Preuve de discrétion - Assurance de confidentialité et/ou anonymat • **Empathie** (exprimer la compréhension de ce que ressent le client) - Écoute attentive - Durée d'intervention : prendre le temps nécessaire - Expliquer ce qui se passe - Rassurer le client Considérer les amis et parents qui accompagnent le client	- Entrevues / Focus groups avec les Clients - Entrevues / Focus groups avec les Intervenants

3 PROCESSUS EXTERNE – RELATIONS ET COLLABORATION		
Dimensions	**Indicateurs**	**Sources et méthodes de collecte**
3.1Relations Intra-CLSC		
3.1.1 Niveau de collaboration **3.1.1.1 Mise en réseau**	• **Échange de l'information à propos des clients vulnérables** - Réunions dossier population vulnérable - Rencontres et appels informels	- Analyse documentaire - Entrevues semi-structurées avec les coordonnateurs et les intervenants des équipes - Groupes de discussion avec les intervenants des équipes - Entrevues d'autres professionnels du CLSC
3.1.1.2 Coordination	• **Planification ensembles des activités ou des projets** - Existence d'une équipe élargie pop. vulnérable au sein du CLSC • **Effet catalyseur des équipes au sein du CLSC** - Amélioration de l'accueil, de l'accessibilité, - Ajout de ressources ou services pour les groupes vulnérables.	
3.1.1.3 Coopération	• **Travailler ensemble à la réalisation d'activités / projets ou des stratégies- partage des responsabilités** - Réunions, - Discussions de cas, - Travail multidisciplinaire • **Partage des ressources (humaines, matérielles, financières)** - Nombre de ressources humaines ETP par type de ressource du CLSC impliquées directement dans le soutien à l'équipe • **Références personnalisées** - Nombre et type de références reçues/faites d'un intervenant à l'autre - Nombre de cas référés par les équipes à des ressources : Clinique médicale / psychosocial/ jeunesse / méthadone avec ou sans rendez vous rendez-vous	- Analyse documentaire - Entrevues semi-structurées avec les coordonnateurs et les intervenants des équipes - Groupes de discussion avec les intervenants des équipes - Entrevues avec les représentants d'autres professionnels du CLSC
3.1.2 Qualité de la collaboration **3.1.2.1 Soutien et reconnaissance**	• • Intervenants se soutiennent et se valident	
3.1.2.2 Confiance mutuelle /familiarité	• Relations caractérisées par la confiance (méfiance)	- Entrevues semi-structurées avec les coordonnateurs et les intervenants des équipes - Groupes de discussion avec les intervenants des équipes
3.1.2.3Résolution de conflits	• Intervenants ont tendance à s'ignorer • Intervenants se donnent du feed-back sans poser problème • Climat de conflits qui perdure	
3.1.2.4 Partage des valeurs **3.1.2.5 Présence d'un leadership** **3.1.2.6 Motivation à collaborer**	• Intervenants partagent certaines valeurs	
3.2 Relations Inter-EPITSS	Idem	Idem
3.3 Relations avec les organismes communautaires	Idem	Idem
3.4 Relations avec les ressources du réseau de la santé 1ère et 2ième ligne	Idem	Idem

4. EXTRANTS (RÉSULTATS/ OUTPUT)		
Dimensions	**Indicateurs**	**Sources et méthodes de collecte**
4.1 Services dispensés (intra-muros et à proximité)		
4.1.1 Interventions de groupe	- Nombre, fréquence et durée des sessions de groupe - Nombre de participants aux sessions de groupes	- Documents des CLSC (bilans, rapports, plans d'action, compte rendu des réunions, documents d'information promotion) - Statistiques disponibles - Entrevues semi-structurées avec les coordonnateurs et les intervenants des équipes - Groupes de discussion avec les intervenants des équipes - Statistiques - SIC - Évolution dans le temps - comparaison
4.1.2 Interventions individuelles		
4.1.2.1 Ligne téléphonique d'information	- Nombre d'appels - Raisons des appels	
4.1.2.2 Consultations avec le personnel : infirmier, psychosocial, nutritionniste	- Nombre de consultations - Description des raisons de consultation - Nombre de nouveaux usagers et nb total d'usagers - Ratio nombre intervention/ heure/ service - Ratio nombre interventions /client - Provenance des demandes de consultations : intra ou extra territoire	
4.1.2.3 Vaccination hépatite A, B et autres vaccins	- Nombre et type de vaccins administrés - Nombre de personnes vaccinées - Niveau de complétion de la cédule vaccinale	

4.1.2.4 Dépistage VIH, VHB,VHC, gonococcie, chlamydiose, syphilis, tuberculose	- Nombre de tests faits (anonymes et confidentiels)
	- Nombre de personnes dépistées
	- Nombre de personnes dépistées qui ont été informées de leur résultat,
	- Nombre de personnes dépistées trouvées positives (par profil d'usager)
	- Nombre de personnes positives pour VIH, chlamydiose ou gonococcie
	  - Et traitées
	  - Et suivi psychosocial au sein de l'équipe
	  - Et soutien notification aux partenaires interne
	  - Et référence NoPa de la DSP ou projet VIH- AVIS de Métro	

4.1.2.5 Soins cliniques de base	- Nombre de personnes à qui ont été offerts des soins cliniques de base - Nature des soins clinique de base : des pieds, des plais, contraception	
4.1.2.6 Références	- Nombre de personnes référées - Nature de la référence	
4.1.3 Matériel de protection	- Modalités de distribution condoms, eau de javel seringues - Nombre de condoms ou de seringues distribués - Quantités d'eau de javel distribuée	

4 2 Effets non souhaités (intra-muros et à proximité)	• Services offerts à des personnes non-ciblées
	  - Nombre de personnes non-ciblées rejointes
	  - Nature des services offerts à des personnes non-ciblées
	• Autres effets	

5. PARTICIPATION DE LA CLIENTÈLE		
Dimensions	**Indicateurs**	**Sources et méthodes de collecte**
5.1 Réceptivité générale (satisfaction, adhésion) aux services offerts et aux modalités d'offre de services	- Aspect organisation des services (accessibilité, continuité) - Aspect professionnel (fiabilité-compétences) - Aspect relationnel (dignité, intimité, empathie)	- Bilans des activités - Entrevues avec les intervenants - Fiches provinciales des CLSC Métro et Faubourgs (dépistage VIH)
5.2 Utilisation de services	- - Croissance / évolution de la demande de service - Profil des personnes utilisant le service / évolution - Évolution des raisons de consultation demande de dépistage - Taux de complétion ou d'abandon de la thérapie / vaccination - Attitudes de la clientèle face au test VIH nominal - Participation de personnes non ciblées	- Bilans des activités - Entrevues avec les intervenants - Données SIC des CLSC - Fiches provinciales des CLSC Métro et Faubourgs (dépistage VIH)
6. APPRÉCIATION GLOBALE ET PERSPECTIVES FUTURES		
Dimensions	**Indicateurs**	**Sources et méthodes de collecte**
6.1 Facteurs facilitants et barrières	- Liés au CLSC (aspects organisationnels, interdisciplinaire) - Liés aux milieux d'intervention (aspects organisationnels, relations) - Liés aux ressources (humaines, financières, matérielles) - Liés aux intervenants (perceptions / attitudes face aux outreach) - Liés aux clients (caractéristiques ; utilisation services santé ; habitudes de vie; facteurs de risque ; attitudes/ connaissances VIH-SIDA/ITS) - Liés aux partenaires (organismes comm., 1e et 2e lignes, RRSSS / DSP) - Liés à l'environnement (politiques/priorités de santé, fédération CLSC)	- Entrevues semi-structurées avec les coordonnateurs et les intervenants des équipes - Groupes de discussion avec les intervenants des équipes
6.2 Explorer le Futur selon la perspective des intervenants	Selon l'expérience de l'équipe à ce jour, peut-on spécifier : - Quelles seraient les cibles attendues de l'intervention ? - Quelle serait la couverture vaccinale attendue ? - Le nombre attendu de personnes vulnérables à rejoindre ? - Doit-on poursuivre ou non le programme ? - Quelles modifications/ ajustements sont à apporter ? - Perception par l'équipe de son niveau et de ses besoins de connaissance / évolution des acquis.	- Entrevues semi-structurées avec les coordonnateurs et les intervenants des équipes - Groupes de discussion avec les intervenants des équipes

ANNEXE 2

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Direction de santé publique

Équipes de prévention Sida / MTS
CLSC désignés région de Montréal - Centre

PROGRAMME DE FORMATION À L'INTENTION DES INTERVENANTS DES ÉQUIPES

RAPPORT DE L'ANALYSE DE BESOINS

Extraits

Août 2000

Programme de formation à l'intention des intervenants

Rapport de l'analyse de besoins

Dr Gilles Lambert	Direction de santé publique, répondant de l'Unité maladies infectieuses pour le projet « Équipes de prévention Sida / MTS des CLSC »
Mme Anne Barth	Chargée de projet, programme de formation des équipes de prévention Sida / MTS
Mme Claire Blais	Direction de la programmation, conseillère en services multiclientèles de première ligne, responsable de la coordination régionale du plan de transformation en VIH/Sida
Mme Martine Fortier	Direction de santé publique, Unité maladies infectieuses équipe promotion de la santé
M. Roger Laroche	Direction des ressources humaines, Service d'évaluation et de formation
Mme Marie-Christine Pinel	Direction de santé publique, Unité maladies infectieuses équipe promotion de la santé

Avec la collaboration de :

Dre Carole Morissette	Direction de santé publique, Unité maladies infectieuses responsable du plan régional de prévention UDI
Dre Nancy Haley	Direction de santé publique, répondante de l'Unité maladies infectieuses pour le projet « Jeunes de la rue - mortalité jeunesse »

Table des matières

1. CONTEXTE 1

2. ORIENTATIONS DU PROGRAMME DE FORMATION 4

3. OBJECTIFS DE L'ANALYSE DE BESOIN 5

4. MÉTHODOLOGIE DE L'ANALYSE DE BESOINS 6

5. RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE BESOIN 7

6. FAITS SAILLANTS 16

ANNEXES

I Profil de fonction
II Outil d'évaluation des besoins de formation – Sentiment d'efficacité personnelle

ANNEXE I
Profil do fonction

Équipes Prévention Sida / MTS des CLSC
Programme de formation

Outil de planification

Profil de fonction (Tâches)	Compétences requises	Commentaires
1.1 Perspectives générales		
Intervenir " à proximité " de populations vulnérables.	Être familier avec les différentes caractéristiques de la clientèle et les sous-cultures. Considérer les réalités de la personne toxicomane : connaître les propriétés des substances et contre indications / traitements; connaître les ressources à consulter pour les cas de demande d'arrêt d'agir. Démystifier l'image négative que les intervenants pourraient avoir des populations vulnérables.	Il faut considérer que la clientèle est très hétérogène et qu'il est primordial de bien la connaître afin de pouvoir envisager adapter les services qui leurs sont offerts. Les intervenants désirent recevoir de l'information sur les ressources VIH/toxico qui oeuvrent auprès des populations vulnérables afin de mettre leurs connaissances à jour. Les intervenants désirent être formés sur la méthadone et ses enjeux (ex. : effets combinés, contre-indications, effets secondaires, etc.). On se questionne sur l'attitude à adopter quand un client consulte sous l'effet de substances. Les infirmières ont grand besoin d'acquérir des habiletés pour recevoir et intervenir auprès des UDI. Compte tenu du fait que seulement une minorité des intervenants ont suivi la *formation Aiguillons nos interventions*, il serait pertinent d'inviter les participants à s'y inscrire. Ces thèmes doivent être abordés au tout début de la formation et intégrés aux pratiques.
Intervenir dans une perspective de réduction des méfaits.	Savoir intégrer l'Approche de réduction des méfaits dans tous les aspects de sa pratique auprès des populations vulnérables.	
Observer le milieu, créer des liens.	Connaître le contexte de vie et le réseau social de la clientèle. Développer des compétences pour circuler dans le réseau du client et non seulement le faire circuler dans le réseau de la santé.	Souligner la nécessité de connaître le réseau social (naturel) de son client en s'infiltrant dans le milieu et se donner les moyens d'y parvenir.
Appliquer une approche écologique d'analyse de besoins.		
Intervenir en concertation avec les ressources de son CLSC et avec les différentes ressources du milieu.	Établir des objectifs d'intervention réalistes. Aider le client à faire des choix éclairés en considérant les conséquences négatives et positives de ses choix.	Apprivoiser la clientèle.
	Créer un pont entre l'individu et les services (en analysant les conditions de l'individu et la disponibilité des services - *advocacy*).	

Équipes Prévention Sida / MTS des CLSC
Programme de formation

Outil de planification

Profil de fonction (Tâches)	Compétences requises	Commentaires
1.2 Réponse de l'intervenant Identifier et considérer ses besoins et ses attentes. Faire face à la détresse de la clientèle. Faire face aux enjeux éthiques soulevés par l'intervention auprès de populations vulnérables	Apprendre à gérer son travail en termes d'objectifs, besoins, attentes et limites. Reconnaître ses propres besoins d'aide et agir en fonction de ses besoins. Connaître son (ses) niveau(x) de motivation à intervenir auprès de cette clientèle.	Dans le but entre autre de prévenir le Burnout. Ce contenu est à intégrer à chacun des autres thèmes. Il sera abordés systématiquement à travers les témoignages et les études de cas. En démystifiant la relation intervenant-client et en faisant ressortir les aspects enrichissants du rapprochement avec la clientèle plutôt que la nécessité de se protéger contre elle. Savoir bien cerner les réalités de le clientèle avant de faire face à sa détresse.

Équipes Prévention Sida / MTS des CLSC
Programme de formation

Outil de planification

Profil de fonction (Tâches)	Compétences requises	Commentaires
1.3 Aspects organisationnels		
Faire face aux demandes et exigences administratives de son institution en regard de ses tâches " à proximité "	Être capable de développer une méthode de travail qui permettent de maintenir une certain équilibre entre le quantitatif (exigences administratives) et le qualitatif (relation-intervention auprès de la clientèle)	
Assurer les aspects organisationnels d'une pratique à " proximité ".	Savoir faire la tenue d'un dossier client – incluant la collecte de données à des fins d'évaluation- gestion (statistiques). Connaître les démarches administratives à suivre pour les cas particuliers : personnes qui n'ont pas leur carte RAMQ et / ou qui ne résident pas sur le territoire du CLSC, personnes âgées de moins de 14 ans, autres.	Organisation des infrastructures en établissant un partenariat avec les ressources régionales et sous-régionales (ex. : urgences d'hôpitaux). Centres de crise) / CLSC et les ressources adaptées aux différents types de besoins (ex. : ponctuels vs suivis). Se familiariser avec la sectorisation en santé mentale re : personnes ne résidant pas sur le terrtioire.
	Déterminer le matériel de prélèvements, de soins et de prévention requis pour les différente tâches à accomplir et en assurer la gestion	Utiliser la distribution de condoms et de seringues comme une stratégie pour apprivoiser la clientèle plutôt que comme un service (les référer vers les organismes qui ont ce mandat).
Optimiser sa sécurité personnelle dans l'exercice de ses tâches " à proximité "	Connaître et respecter les règles de sécurité.	Les intervenants devraient être équipés de téléphone cellulaire, portable, billets de taxi, etc.

Équipes Prévention Sida / MTS des CLSC
Programme de formation

Outil de planification

Profil de fonction (Tâches)	Compétences requises	Commentaires
2.1 L'infection à VIH		
Offrir le dépistage de l'infection à VIH.	Connaître les développements récents concernant les aspects cliniques de l'infection à VIH, dont la réponse aux antirétroviraux. Connaître les indications de dépistage. Connaître les avantages, les désavantages du test de détection rapide du VIH Être capable d'offrir un counselling pré-test / post-test adéquat et adapté au client. Savoir éclairer le choix du client en ce qui concerne les procédures anonymes ou confidentielles. Être capable d'établir des modalités de dépistage qui assurent l'anonymat	Qui fait le suivi? Quelles sont les ressources?. Importance de l'évaluation : consommation active, référence, traitement, priorité(s), etc. On note une grande divergence d'opinion concernant le test rapide VIH, ce quyi sera sûrement un sujet de débat éthique. Il a été suggéré de consulter le document du CQCS sur les enjeux du test rapide VIH.
Conseiller sur la prophylaxie post exposition au sang et aux autres liquides biologiques (pour la clientèle et pour les intervenants).	Connaître les risques de transmission. Développer une bonne connaissances des ressources disponibles pour assurer la prophylaxie post-exposition.	Considérer la divergence de perception entre l'intervenant et le client quant aux risques associés à l'exposition. Rommander des mesures post-exposition adaptées aux clientèles Voir auprès des deux équipes en place à Montréal / CHUM et ?. Clarifier leur mandat et la démarche à suivre.

Équipes Prévention Sida / MTS des CLSC
Programme de formation

Outil de planification

Profil de fonction (Tâches)	Compétences requises	Commentaires
2.2 Les hépatites		
Reconnaître la présentation clinique.	Être en mesure d'identifier les signes et les symptômes.	
Offrir le dépistage de l' hépatites C	Connaître les indications de dépistage. Être capable d'offrir un counselling pré-test / post-test adéquat et adapté au client.	Qui fait le suivi? Quelles sont les ressources? Importance de l'évaluation : consommation active, référence, traitement, priorité(s), etc.
Immuniser contre les hépatites A et B	Maîtriser les indications vaccinales ainsi que les modalités d'administration des vaccins contre les hépatites A et B. Connaître les effets secondaires des vaccins. Savoir organiser une clinique de vaccination " à proximité ".	Évaluer les ressources et les disponibilités des milieux (possibilité de s'y installer pour vacciner, dépister, intervenir, etc.).
Conseiller sur la prophylaxie post exposition au sang et aux autres liquides biologiques (pour la clientèle et pour les intervenants).	voir 2.1	

Équipes Prévention Sida / MTS des CLSC
Programme de formation

Outil de planification

Profil de fonction (Tâches)	Compétences requises	Commentaires
2.3 MTS bactériennes, MTS virales Reconnaître la présentation clinique de la chlamydiose, de la gonococcie, de l'herpès, des condylomes,. de la galle, des morpions Offrir le dépistage de la chlamydiose et de l'infection gonococcique Traiter les MTS courantes.	Être en mesure d'identifier les signes et les symptômes. Connaître les indications de dépistage . Connaître les avantages et les désavantages et les modalités des tests sur prélèvement urinaire. Être capable de traiter certaines MTS courantes.	Condylomes et herpès. Voir les possibilités d'aménagement dans les organismes Connaître les indications de traitement lorsque les clients présentent un syndrome compatible avec une MTS.
2.4 La notification aux partenaires Effectuer une entrevue de notification. Assurer soi-même à l'occasion la localisation de partenaires et la notification.	Connaître la période de recul à considérer en fonction de la maladie en cause Être capable d'établir une entente de notification avec les client. Connaître les techniques d'investigation pour retrouver un partenaire Connaître les ressources disponibles pour la prise en charge de partenaires. Être capable d'intégrer dans sa démarche les aspects éthiques et juridiques spécifiques à la notification aux partenaires.	Considérer le contexte et les caractéristiques de la clientèle avant d'enclencher une démarche de notification. Être en mesure d'anticiper les pièges inhérents à la notification : Attention à la dénonciation. Notion de sécurité (pour la personne qui l'a transmise et pour l'intervenant). Favoriser le processus de prise en charge. De la notification par le client plutôt que par l'intervenant

Équipes Prévention Sida / MTS des CLSC
Programme de formation

Outil de planification

Profil de fonction (Tâches)	Compétences requises	Commentaires
2.5 Les problèmes médicaux de type 1er soins Assurer les mesures de base pour certaines situations urgentes. Assurer la prise en charge de base, problèmes courants. Informer sur les effets secondaires associés à la prise de méthadone et d'antiviraux.	Connaître les mesures à entreprendre pour diverses conditions urgentes (ex. : anaphylaxie, overdose...). Reconnaître et assurer une prise en charge de base pour certains problèmes courants dermatologiques (ex.: plaie, impétigo, cellulite, abcès..) gynécologiques : pilule du lendemain, désir d'interruption volontaire de grossesse oto-rhino-laryngologiques et pulmonaires (sinusite...)	Les intervenants s'entendent sur la nécessité de développer une trousse d'intervention commune pour outiller les travailleurs de milieu qui font de l'accompagnement sur le terrain. Les opinions divergent en ce qui concerne le contenu de cette trousse (ex. : Narcan, etc.). Il a ét suggéré de faire appel à l'équipe Itinérance des Faubourgs et à l'équipe toxico-sida du CHUM.
2.6 Divers Vacciner contre l'Influenza et contre le pneumocoque	Connaître les indications et les contreindiations vaccinales. Connaître les modalités d'administration des vaccins Savoir organiser des cliniques de vaccination " à proximité "	

Équipes Prévention Sida / MTS des CLSC
Programme de formation

Outil de planification

Profil de fonction (Tâches)	Compétences requises	Commentaires
3.1 Le dépistage de problèmes de santé mentale		
Dépister certaines conditions de santé mentale. - affects suicidaires - victimes d'abus sexuel...	Savoir observer la clientèle dans le but de détecter les signes indicateurs de troubles de santé mentale et inscrire rapidement les individus ciblés dans un plan d'intervention.	Le contenu de ce bloc est très important, compte tenu du temps accordé à la formation, il faudra vérifier s'il existe d'autres programmes de formations qui portent sur ces thèmes.
Assurer l'intervention lors de situation de crise.	Développer des techniques de base en intervention de crise. Être capable de cerner rapidement les besoins du client. Connaître les ressources disponibles.	
Agir de manière appropriée avec des personnes présentant certaine conditions de santé mentale : - syndrome de post alcoolisme fœtal - personnalité limite...	Adapter ses interventions en fonction des limites et des capacités du client.	

Équipes Prévention Sida / MTS des CLSC
Programme de formation

Outil de planification

Profil de fonction (Tâches)	Compétences requises	Commentaires
3.2 La référence Évaluer le niveau de réceptivité et de motivation à une démarche vers une ressource de 2ième ligne. Préparer à la référence / accompagner	Évaluer le degré d'implication du client, son intérêt, etc. Savoir identifier et bien gérer les " moments opportuns" d'ouverture du client à une référence. Être capable d'identifier avec le client la ressource la plus appropriée pour lui Accompagner son client dans sa démarche de consultation.	Thèmes prioritaires à aborder immédiatement après le Bloc 1. Demande plusieurs heures de formation. Stratégies, priorités, accompagnement. Considérer l'ensemble des ressources disponibles et ne négligeant pas d'explorer le réseau naturel du client
3.3 L'éducation à la santé Mobiliser vers la modification de comportements.	Appliquer des approches interactives sur la modification des comportements concernant les pratiques suivantes : - sexualité à risques réduits, - injection à risques réduits, - fidélité au traitement, - adoption de mesures d'hygiène personnelle, - amélioration des habitudes alimentaires, etc.	En ce qui concerne interventions de type dépannage, les intervenants désirent être formés afin de développer des compétences en lien avec la santé sexuelle. On se doit de définir le concept de prévention dans le cadre du travail " à proximité " et développer des techniques simples, ponctuelles et efficaces pour encourager la modification des comportements à risque.

ANNEXE II
OUTIL D'ÉVALUATION DES BESOINS
Sentiment d'efficacité personnelle

ÉQUIPES PRÉVENTION SIDA/MTS DES CLSC

Outil d'évaluation des besoins de formation

Indiquez ici les 3 premières lettres du prénom de votre mère et les 3 premières lettres du prénom de votre père : ____ ____ ____ ____ ____ ____

Vous êtes : Infirmières ____ Intervenant(e) psychosocial(e) ____

Veuillez indiquer jusqu'à quel point les énoncés suivants sont vrais pour vous en ce moment sur une échelle croissante allant de 1 à 10. Un « 1 » signifie que vous n'etes pas du tout capable. Un « 10 » signifie que vous êtes parfaitement capable.

I. ASPECTS "À PROXIMITÉ"

	Infirmière (n=9)		Intervenant psychosocial (n=5)	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
1.1 Perspective générale				
Actuellement je suis capable :				
1. d'intervenir en connaissance et en compréhension des caractéristiques et modes de vie des personnes suivantes :				
a) personnes qui utilisent des drogues par injection,	6,3	6	8,3	8
b) jeunes de la rue,	5,6	6	7,5	7,5
c) hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes,	7,2	8	9,3	9,5
d) personnes originaires de pays endémiques,	5,8	6	6,6	7,25
e) personnes détenues en milieu carcéral ou ex-détenues.	4,8	5	7,8	7
2. d'appliquer l'approche de réduction des méfaits* dans ma pratique auprès des populations vulnérables.	7,6	8	9,0	9
3. d'analyser la dynamique des milieux de vie dans lesquels se situe mon intervention.	6,7	7	9,0	9
4. de créer des liens de confiance avec les personnes qui composent les milieux de vie de la clientèle vulnérable.	8,6	9	9,3	9,5
5. de faire face à un dilemme éthique lorsque soulevé par l'intervention auprès de populations vulnérables.	7,4	7,5	8,8	9
6. d'accompagner mon client dans la prise en charge de sa propre démarche de consultation du réseau SSS.	7,8	8	9,0	9
7. d'identifier les différentes ressources à qui référer les personnes présentant les situations suivantes :				
a) séropositivité VIH,	8,7	9	9,8	10
b) séropositivité hépatite C,	7,3	8	8,3	8,5
c) risque suicidaire,	8,0	9	9,5	9,5

d) demande d'arrêt d'agir (faite par une personne UDI).	6,9	7	9,3	9
e) prophylaxie post-exposition aux liquides biologiques.	7,2	7	8,8	9
f) soutien conditions de vie (logement, nourriture, vêtement...)	6,8	7	9,0	9
g) soutien entraide santé mentale.	6,3	6	8,0	8

	Infirmière (n=9)		Intervenant psychosocial (n=5)	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
1.2 "Gestion de soi"				
Actuellement je suis capable :				
8. de reconnaître mes compétences et limites d'intervention.	9,1	9	9,3	9,5
9. d'aller chercher de l'aide afin de répondre à mes besoins.	8,9	9	9,5	9,5
10. d'optimiser ma sécurité dans l'exercice de mes tâches " à proximité ".	8,4	8	8,7	9
11. de faire respecter les frontières de mon intervention (ex. : de dire non aux demandes qui débordent de mon cadre d'intervention).	7,9	8	9,0	9,5
12. de respecter une distance affective face à la détresse vécue par la clientèle.	8,4	9	9,3	9

	Infirmière (n=9)		Intervenant psychosocial (n=5)	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
1.3 Aspects organisationnels				
Actuellement je suis capable :				
13. de proposer des solutions aux clients présentant les situations suivantes :				
a) personnes qui n'ont pas leur carte RAMQ.	7,5	7	6,5	6,5
b) personnes qui ne résident pas sur le territoire du CLSC.	7,5	7,5	8,3	8
c) personnes âgées de moins de 14 ans - sans consentement parental.	6,3	5,5	5,5	5
d) personnes qui refusent qu'on ouvre un dossier nominal.	5,3	5	6,0	6,5
14. de déterminer le matériel de prélèvements, de soins et de prévention requis pour les différentes tâches à accomplir " à proximité .	7,4	8	6,8	7

II. ASPECTS BIOMÉDICAUX

	Infirmière (n=9)		Intervenant psychosocial (n=5)	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
Actuellement je suis capable :				
15. d'offrir un counselling pré-test / post-test VIH.	7,3	9	8,5	8,5
16. d'expliquer l'évolution clinique de l'infection à VIH dont la réponse aux antirétroviraux.	6,4	7	8,3	8,5
17. d'identifier les avantages et les désavantages du test de détection rapide du VIH.	6,1	7	7,8	7,5
18. d'offrir un counselling pré-test / post-test pour le virus de l'hépatite C.	6,4	7	4,8	5
19. de conseiller sur la prophylaxie post exposition au sang et aux autres liquides.	7,4	7	7,5	7
20. de reconnaître la présentation clinique des hépatites				
a) A	7,3	7	3,8	3
b) B	7,7	8	3,8	3
c) C	7,1	6	4,0	3,5
21. d'expliquer les effets secondaires des vaccins contre les hépatites B.	8,3	9	2,5	1,5
22. d'organiser une clinique de vaccination contre les hépatites A et B " à proximité " des populations vulnérables.	7,4	7,5	1,5	1,5
23. de reconnaître la présentation clinique de toutes ces MTS courantes : chlamydiose, gonococcie, herpès, condylomes.	7,6	8	4,0	4
24. de traiter les MTS courantes.	4,0	5	0,3	0
25. d'effectuer une entrevue de notification aux partenaires avec				
a) une personne présentant une MTS courante,	6,6	8	7,0	7
b) une personne présentant une infection à VIH.	6,3	7	9,0	9
26. d'assurer moi-même, à l'occasion, la localisation de partenaires et la notification.	5,6	5	8,3	8
27. d'assurer les mesures à entreprendre pour les conditions urgentes suivantes :				
a) choc anaphylactique,	7,9	8	4,0	2
b) overdose avec ou sans arrêt cardio-respiratoire.	6,7	7	3,6	2,5
28. d'assurer une prise en charge de base pour les problèmes suivants :				
a) gynécologiques : pilule du lendemain, désir d'interruption volontaire de grossesse,	8,1	8	6,0	8
b) dermatologiques (ex.: plaie, impétigo, cellulite, abcès...),	7,1	7	1,7	1
c) oto-rhino-laryngologiques et pulmonaires (sinusite. Bronchite).	6,6	7	1,0	1
29. d'informer sur les effets secondaires associés à la prise de méthadone.	3,2	2	2,3	0,5
30. d'administrer les vaccins contre l'influenza.	6,4	7	0,5	0,5

III. ASPECTS PSYCHOSOCIAUX ET ÉDUCATION À LA SANTÉ

	Infirmière (n=9)		Intervenant psychosocial (n=5)	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
Actuellement je suis capable :				
31. d'accompagner le client à faire des choix éclairés en considérant les conséquences négatives et positives de ses choix et de leurs impacts.	8,1	8	9,5	9,5
32. d'évaluer le degré de motivation d'un client à une référence.	7,7	7	9,3	9
33. de dépister les conditions psychosociales :				
a) affects suicidaires.	7,6	8	9,0	9
b) situations de violence.	7,7	8	9,3	9
c) situations d'abus sexuel.	7,0	7	9,0	9
34. d'agir de manière appropriée avec des personnes présentant des personnalités limites " borderline ".	6,3	6	6,8	8,5
35. d'appliquer avec un client une approche interactive visant la modification de comportements.	7,3	7	8,5	8,5
36. d'appliquer avec un client une approche interactive visant l'adoption des comportements suivants :				
a) sexualité à risques réduits.	7,9	8	9,0	9
b) injection à risques réduits.	8,0	8	8,0	8,5
c) fidélité au traitement.	7,2	8	7,0	9

ANNEXE 3

KETCH CAFÉ

Clinique santé sans rendez-vous

Services offerts :

1-dépistage confidentiel : mts,
vih,
hépatites ;

2-contraception/grossesse;

3-problèmes de santé divers;

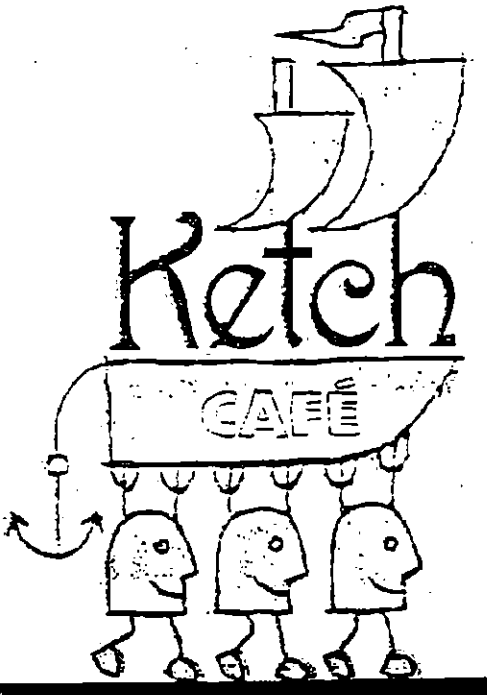
4-vaccination : hépatite A et B,
grippe,
tétanos;

5-information/référence.

Possibilité de consulter sans carte d'assurance maladie.

TOUS LES LUNDIS DE 19 HRS À 21HRS

KETCH CAFÉ
4707 St Denis
Montréal. Tél : 514 985-0505



Centre de soir pour les jeunes de 18–30 ans

Ouvert de 16h30 à 20h30 le jeudi et de 16h30 à 23h00 du vendredi au lundi.

- Soupe entre 18h00 et 19h00
- Intervenants disponibles sur place
- Aide individuelle et référence
- Activités diverses

Aussi offert par le CLSC du Plateau Mont-Royal :

- Services de santé de première ligne
- Aide et appui psychosocial

4707, St-Denis
Tél.: (514) 985-0505 Fax: (514) 985-2433
Courriel: dinrenc@cam.org

SUR LE TE RAIN

La réduction des méfaits est peu mais qu'en est-il des dommages psychologiques et émotifs causés par la marginalisation?

Stéphane Laxton

Dominique Boudreau, Infirmière

Infirmière depuis 1996, j'ai choisi de travailler dans une branche non traditionnelle de ma profession. Au lieu d'être l'infirmière en blanc, stéthoscope au cou, moi on me retrouve dans les rues et les refuges du Plateau Mont-Royal, avec bottes d'[illegible], gourdi, bercé et sac à dos bien attaché, offrant soins, seringues et [illegible] aux plus démunis de notre société.

Après plus de trois mois à vagabonder [illegible] sont pas les abcès causés par les [illegible] d'individus atteints d'une MTS quelconque ou du [illegible] plus réagir. Au contraire, ce qui m'atteint énormément et me dérange sincèrement, ce sont les réactions des gens que je rencontre jour après jour, lorsque je réponds à la fameuse question: «Toi, Dominique, qu'est-ce que tu fais dans la vie?» Et moi de répliquer tout bonnement: «Moi, je suis infirmière de rue et de milieu auprès des utilisateurs de drogue et des sans-abri». Oups! qu'ai-je dit? Utilisateurs de drogue et sans-abri? Tout à coup, je vois leur visage changer complètement d'expression. Je les vois presque blêmir, la bouche ouverte et les yeux exorbités, et je les entends: « Ouache! Comment tu fais? Moi, je serais jamais capable, yache! C'est dangereux, t'as pas peur? Ça te dérange pas de toucher à des drogués, à des malpropres? C'est tous des trous de cul, ce monde-là, t'as pas peur d'attraper des maladies? Ça doit pas être valorisant de travailler avec ce monde-là, surtout qu'eux autres, ils veulent pas vraiment s'en sortir, ils sont bien dans leur merde». Et la bla bla et bla bla bla! J'ai parfois envie de crier: «Hé! ça suffit!» Comment la société d'aujourd'hui peut-elle s'exprimer de cette façon envers des êtres humains? Je m'adresse à tous ceux qui côtoient régulièrement ces gens de la rue, à tous ceux qui les méprisent et les ignorent, ainsi qu'à tous ceux qui interviennent auprès d'eux. Depuis quelques années au Québec, on entend parler de plus en plus de la réduction des méfaits concernant l'utilisation de drogue. Avez-vous déjà pensé aux méfaits, aux conséquences que de tels jugements irréfléchis peuvent causer chez ces individus? Sont-ils si différents de moi parce qu'ils consomment des drogues que nous, citoyens de la société d'aujourd'hui, proclamons illégales? Vous êtes-vous déjà arrêtés, ne serait-ce que trente secondes, afin d'imaginer toute la souffrance émotionnelle et la détresse psychologique que pouvaient engendrer chez ces êtres humains vos regards méprisants, vos paroles insensées lancées en l'air, votre attitude de les ignorer comme s'il s'agissait d'hommes invisibles («Ah non! un itinérant! On va faire comme s'il n'était pas là, peut-être qu'il ne nous verra pas?») Ils sont différents de vous, mais pas aveugles et surtout pas insensibles.

Vous est-il déjà venu à l'idée que ces individus sans domicile fixe consommateurs de psychotropes pouvaient être composés, tout comme vous, de chair, d'os et de sang? Qu'ils pouvaient ressentir des émotions, avoir une conscience et être des personnes intelligentes? Est-ce si horrible et répugnant de ne pas être comme les autres et de se distinguer de la population «normale»?

Bon dieu! nous sommes en 2002, réveillez-vous! En tant qu'humains, nous [illegible] comme des êtres soi-disant évolutifs. Eh bien, prouvons-le [illegible] non seulement au plan scientifique et technologique [illegible] aussi au plan humain. Tous autant que nous sommes [illegible] à ce point supérieurs aux sans-abri et aux consommateurs de drogue parce que nous avons un toit sur la tête, que nous dormons au chaud chaque nuit et que nous consommons des drogues déclarées «légales». Lâchez-vous un peu le nombril et regardez-vous en pleine face, vous constaterez sûrement que vous n'êtes pas si parfaits vous-mêmes. La perfection est-elle tellement importante dans un monde de guerre et d'illégalité, dans un monde où l'on clame les droits humains et où on les brime encore et encore? Un «homme» peut-il simplement être lui-même, sans qu'on ait à dresser la liste de ses défauts, laissant aux rebuts ses qualités?

Faire en sorte que la marginalité ne soit pas un phénomène effrayant mais une simple façon d'être, un mode de vie, n'est pas si difficile. Il suffit d'accepter ce genre d'individus comme faisant partie d'une réalité. Soyons donc réalistes. Je remarque qu'aux yeux de certaines personnes, cela semble impossible d'imaginer que les gens de la rue puissent être bien en soi et que c'est en les acceptant qu'on arrivera à les aider à être mieux dans leur peau et dans leur tête. Pas mieux pour nous ou pour la société, mieux pour eux-mêmes. Si chacun y mettait du sien, nous de notre côté et eux du leur, notre vie et la leur n'en serait que plus riche.

La prochaine fois que vous rencontrerez un mendiant coin Saint-Denis et Rachel, cessez de l'ignorer, car il existe quand même et il cessera d'exister. Demandez-vous plutôt: «Et si c'était à moi qu'on portait ce regard abaissant et dédaigneux, comment je me sentirais?» Osez donc [illegible] la peine de lui demander son nom! Eh bien oui! chacun d'eux a un nom. Que ce soit Éliz, Sylvain, Kat ou bien même Chikos, ils possèdent tous un nom, puisqu'ils sont vivants. Si vous leur parlez, ils vous répondront; ce ne sont ni des monstres ni des extraterrestres. Bien au contraire, ce sont des individus pleins de sensibilité, de créativité, de sens de l'humour, qui ont des choses intéressantes à dire, mais qu'on écoute si peu.

En tous moments et en tous lieux, rappelez-vous qu'une méchanceté ou un préjugé peuvent blesser profondément la personne qui en est la cible. Que personne n'est à l'abri de la souffrance intérieure et qu'un sourire n'a jamais fait de mal à personne, mais peut faire tellement de bien.

David et Goliath

Bonjour à tous!
J'ai pensé que le "PUSHER D'INFOS" serait l'occasion idéale pour moi de dénoncer les "CENTRES JEUNESSE" dans lesquels je me promène depuis quelque temps. Vus de l'extérieur, les centres pour jeunes paraissent bien aux yeus des personnes qui ne savent pas ce qui se passe réellement. Moi, par contre, je peux vous dire que c'est de la vraie putain de merde et que si les gens pouvaient comprendre ce que ça nous fait, à nous, les jeunes et les ados, peut-être que ça pourrait enfin changer.

La société voudrait un monde parfait, des jeunes instruits et bien formés, l'élimination des drogués et des délinquants, car, pour elle, nous ne sommes que des chiens mal dressés dont il faut se débarasser.

C'est rendu complètement fou aujourd'hui! D'un petit problème, la société fait un drame. Pour un joint, pour un cours "foxé", pour une bière de trop à leur goût, on se fait mettre "en dedans" (Centres Jeunesse) pour un bon bout de temps. Un an, deux ans ou plus. Ça ne paraît peut-être pas, mais, être enfermé pendant seulement un mois semble une éternité. Surtout le premier. On passe directement de chez soi en milieu fermé où l'on perd notre liberté, comme emporté par un coup de vent. On a des interdictions de contact, pas de sorties, donc on est enfermés 24 h sur 24, téléphones permis entre telle et telle heure et on ne peut même pas aller aux toilettes sans autorisation. C'est révoltant!

En centre, on est traité comme du bétail et comme des paquets express sur lesquels on aurait oublié d'écrire "FRAGILE"

Pendant notre ordonnance, ils en profitent aussi pour nous faire une lobotomie(!) Évidemment, on perd également notre liberté d'expression. On se fait chiâler aussitôt après qu'on exprime nos sentiments ou nos opinions, qu'on change de coiffure ou qu'on décide de faire de l'art avec notre linge. Parce que j'avais un mowawk, ils n'ont pas été de me demander ce qui n'allait pas, pourquoi je m'étais laissé influencer, comme si c'était impossible que j'ai mes propres goûts et opinions. Ils essayent de nous rééduquer avec leurs valeurs et leurs idéaux qui ne sont pas nécessairement les nôtres.

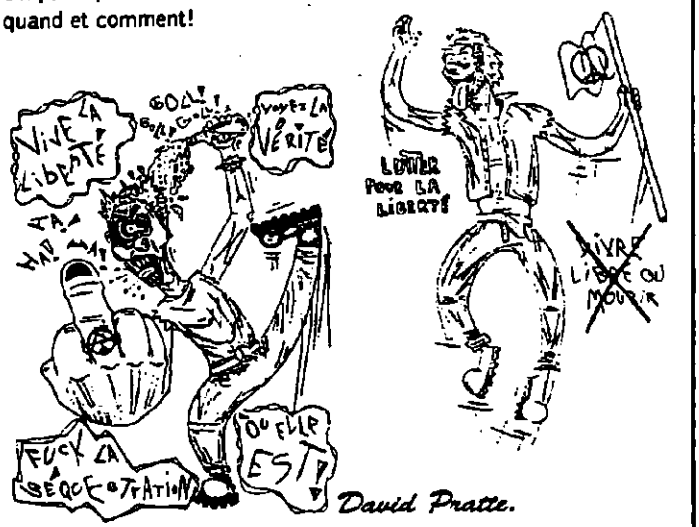
Les centres semi-ouverts sont remplacés par des centres fermés qui sont pleins à craquer d'ados normaux qui ont pris un joint de trop.

Dans les centres fermés, on passe souvent des évaluations psycologiques et de toxicomanie. Si tu mens, tu as une chance de t'en sortir. Si tu dis la vérité, tu peux dire adieu à la liberté. Ce qui fait le plus chier là-dedans, c'est quand ils t'annoncent que tu es suicidaire ou toxicomane et que toi tu sais parfaitement que tu ne l'es pas. Au lieu d'essayer de nous faire changer, de ne pas nous laisser être nous-mêmes, pourquoi ne pas nous écouter enfin et nous laisser exprimer nos besoins et nos sentiments? Sommes-nous si dur à comprendre?

Moi, ça fait 6 mois que je suis à Cartier et j'attends d'être transféré depuis un mois (ils n'arrêtent pas de me donner des dates différentes). Autrement dit, j'ai été stationné au même endroit pendant cinq, six mois et je ne connais toujours pas la date de mon remorquage.

Mon travailleur social est supposé nous aider, moi et ma mère, mais il ne fait rien. (On se rencontre une fois tous les trois mois). Lorsque, je lui ai demandé de m'aider à aller dans un milieu plus ouvert, il a refusé car il disait que j'étais suicidaire (évaluation faite à mon arrivée, il y a de ça cinq mois). Lors de nos rencontres, ç'est toujours la même rengaine: «Tu t'améliores, mais ç'est pas assez, continue comme ça pendant une couple de mois puis après on verra.» Autrement dit: Pour l'instant, ç'est pas assez mais continue à te casser le cul jusqu'à temps que tu sois parfait puis qu'on ait pu rien à te redire. Là, tu vas peut-être avoir une chance qu'on t'écoute sérieusement.

Moi, dans ce système-là, je suis traité comme un petit cul de quatre, cinq ans qui ne connaît rien de rien et à qui il faut tout dire: quoi faire, quand et comment!



David Pratte.

INFO-SIDA
(514) 521-7432
1-866-521-7432

Street angels

>> Outreach nurses go where others fear to tread

JASON FELKER

Forging fragile bonds: BOUDREAU

by PATRICK LEJTENYI

Dominique Boudreau has seen a lot in only 11 months on the job. Abscesses, STDs, hepatitis, teen pregnancies and piles and piles of discarded needles are part and parcel of what she does every week as an outreach nurse, servicing the marginalized, often ignored, street kids on the Plateau. Christmas, no big surprise, doesn't make her job any easier.

"Well, the cold is the biggest problem," she says. "But as nurses, we still have to go into the streets and alleys where the kids are hiding. And around Christmas, there's a lot more problems concerning mental health. A lot of the kids are depressed or suicidal. A lot of them don't have families, or have been abandoned by them."

The 27 year old is one of a group of roughly 20 nurses from the Comité des infirmiers et infirmières de proximité, made up of nurses from nine CLSCs, the Montreal public health department, community groups and Médecins du monde, a humanitarian organization. Theirs is perhaps the most trying of clientele: street kids, prostitutes (male and female), prisoners, the homeless, IV drug users and new immigrants. And as if dealing with people naturally distrustful of all systems, the medical included, outreach nurses displace themselves—visiting their charges on-site, rather than waiting for them to come to a central location. That means, like mailmen, neither rain nor snow nor gloom of night keeps them from their rounds.

Outreach nursing isn't a new phenomenon, however. "I like to compare it to programs in the 1950s in Quebec, where tuberculosis teams of doctors and nurses would travel to the tiny villages around the province and do x-rays," says Teena-Marie Johns, a nurse with the public health department who is in charge of setting up hep A and B vaccination programs around the city. "Even school nurses are examples of outreach nurses."

Of course, there are outreach nurses, and there are outreach nurses. Handing out syringes and dressing abscesses for junkies and hookers isn't quite the same as examining schoolchildren for head lice. For one thing, there is a relationship that has to be built between patient and nurse that is much more difficult to achieve when dealing with Boudreau's clients.

"With this clientele, it's very difficult to make that link of confidence," Boudreau says. "You make one mistake, and that link's broken."

"There's a lot of bridging," adds Johns. "It's us going to the clientele, bringing prevention treatment with us to help with potential health-care problems."

For all their dedication, however, both admit to a lack of resources and a lack of interest from the powers that be. Boudreau is an on-site nurse once a week at the Ketch Café, a hangout and drop-in centre for street kids on St-Denis just north of Mont-Royal. She says it's one of maybe three resources available to her charges in the neighbourhood, something that makes her job even tougher.

"Sometimes I feel powerless," she says. "I get the impression that we can't do anything. But sometimes, even just talking to these kids helps them a lot." ⊙

Tout moun ka pran

Partage ta santé, pas ta maladie...

Un petit mot sur le programme de prévention

Tout moun ka pran est une signature qui a été réalisée en partenariat entre le CLSC Saint-Michel, GAP-VIES, Alliance théâtrale haïtienne et la Maison d'Haïti.

En effet, depuis février 2002, une campagne de prévention des MTS / VIH-sida par le biais de la vaccination contre les hépatites A et B, et des dépistages auprès de la communauté haïtienne a été mis en action, notamment dans le secteur Saint-Michel.

Ce programme a été mis sur pied suite à des études faites auprès des Montréalais d'origine haïtienne et a, en outre, deux objectifs opérationnels.

1) sensibiliser la communauté haïtienne là où elle se trouve en offrant des cliniques infirmières de rencontre individuelle et de vaccination contre les hépatites A et B – Gratuite.

2) Permettre à la communauté d'accroître son niveau de connaissance relativement aux diverses problématiques reliées aux MTS / VIH-sida (protection, conséquences, dépistage, maladies, ressources) par des ateliers-débat sur la santé et le sida dans le contexte culturel haïtien bâtis à partir du film *La peste du 20e siècle* de l'auteur Victor Éternel, avec la participation du docteur Frantz Raphaël, ethnothérapeute et madame Isabelle Cornet, infirmière du projet.

Les cliniques et les ateliers-débat sont gratuites, mais sur rendez-vous seulement (se référer au tableau et l'invitation ci-jointe).

Nous vous remercions de transmettre ces renseignements aux intervenants de votre organisme ainsi qu'à votre clientèle.

Merci de votre précieuse collaboration!

Isabelle Cornet, infirmière du projet
CLSC SAINT-MICHEL

Communiqué

Pour diffusion immédiate

Le programme de sensibilisation

Tout moun Ka pran

Partage ta santé, pas ta maladie

se poursuit!

Mars 2003 – Le CLSC Saint-Michel, en partenariat avec GAP-VIES, la Maison d'Haïti, l'Alliance théâtrale haïtienne, le Centre de loisirs St-René-Goupil (42e) et Mon Resto offre des cliniques infirmières de vaccination contre les hépatites A et B ou des rencontres individuelles en santé sexuelle.

Ces cliniques sont **gratuites** et **sur rendez-vous seulement.** La carte d'assurance maladie n'est pas obligatoire.

L'infirmière est présente **CHAQUE MOIS** dans les organismes communautaires, selon l'horaire suivant :

Organismes	*Horaire*	*Téléphone*
Centre de loisirs St-René-Goupil (42e)	1er mercredi du mois de 15 h à 19 h	514 872-5602
Maison d'Haïti	2e mardi du mois de 9 h à 16 h	514 326-3022
Alliance théâtrale haïtienne	3e jeudi du mois de 9 h à 16 h	514 376-1581
GAP-VIES	Dernier lundi du mois de 15 h à 19 h	514 722-5655
Mon Resto	Les mardis 1er avril ET 20 mai 9 h à 16 h	514 727-1403

Pour plus de renseignements ou pour prendre rendez-vous, vous devez téléphoner à l'endroit où vous désirez vous rendre.

CLSC Saint-Michel ap pote kole ak kominote a prevansyon, tes ak vaksen se reskonsablite chak moun gason kon fanm

Pour information : Isabelle Cornet, infirmière
CLSC Saint-Michel
514 374-8223, poste 360

Partage ta santé
Pas ta maladie

Dépistage ...
Protection ...
Vaccination ...

Il n'en tient qu'à toi
N'hépatite pas ta vie
Le risque est personnel
Le sida ne pardonne pas
Ose passer tous tes tests
Guérir c'est d'abord prévenir
Mets de côté tous tes préjugés
Si le doute t'empêche de dormir
Souviens-toi : Il suffit d'une seule fois
Tout est une question de comportement

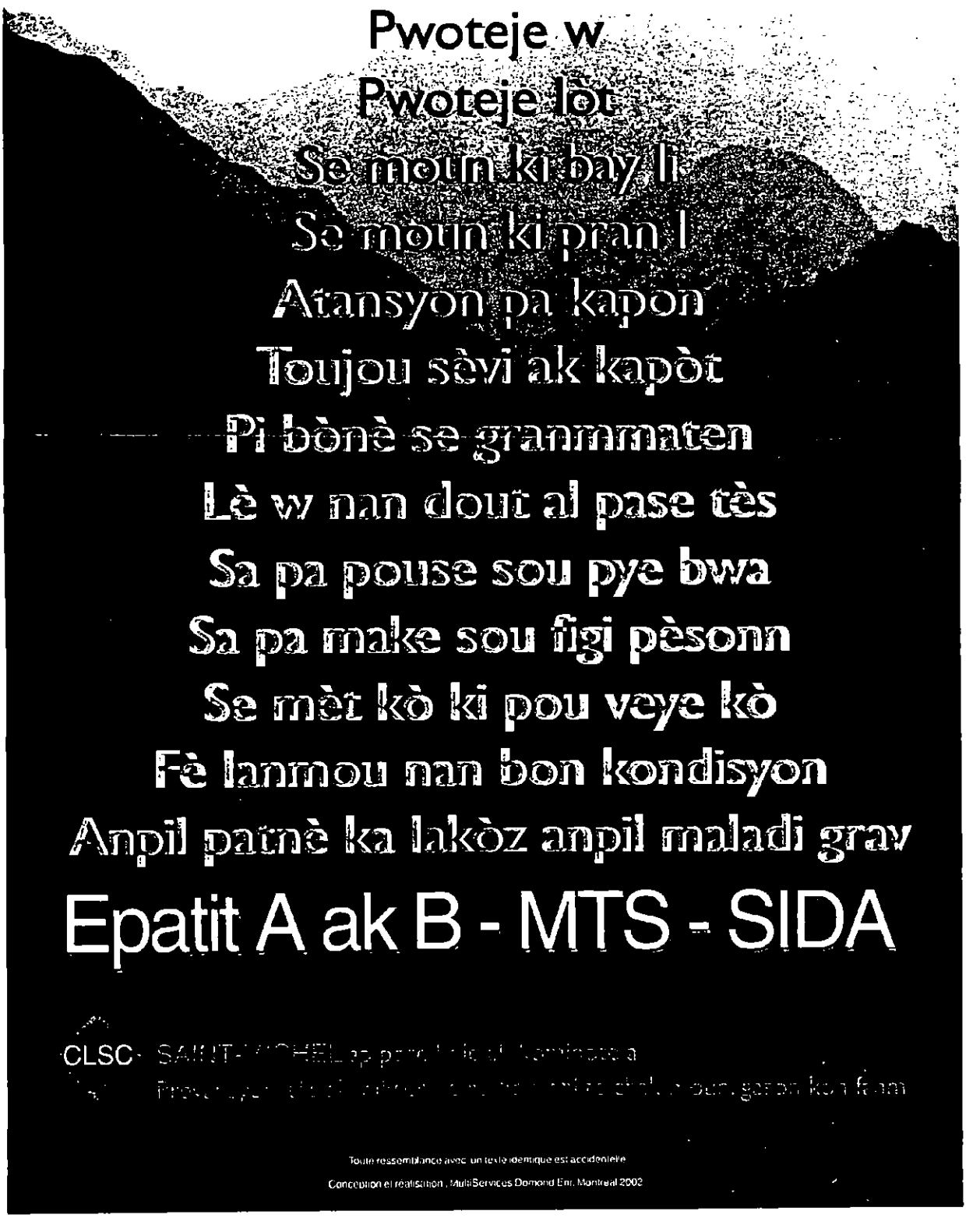
Hépatites A et B - MTS - SIDA

CLSC SAINT-MICHEL au service de la communauté
Prévention, tests de dépistage et vaccination... c'est la responsabilité de chacun

Toute ressemblance avec un texte identique est accidentelle

Conception et montage MultiServices Dumond Enr. Montréal 2002

Tout moun ka pran


Pwoteje w
Pwoteje lòt
Se moun ki bay li
Se moun ki pran l
Atansyon pa kapon
Toujou sèvi ak kapòt
Pi bònè se granmmaten
Lè w nan dout al pase tès
Sa pa pouse sou pye bwa
Sa pa make sou figi pèsonn
Se mèt kò ki pou veye kò
Fè lanmou nan bon kondisyon
Anpil patnè ka lakòz anpil maladi grav
Epatit A ak B - MTS - SIDA
CLSC
Toute ressemblance avec un texte identique est accidentelle
Conception et réalisation : MultiServices Dorval Enr. Montréal 2002

Tout moun ka pran

Li pa pouse sou pye bwa
Li pa make sou figi pèsòn
Sé moun ki bay li
Se moun ki pran li
Li pa bay chans
Nou pa dwe bay gabèl
Toujou sèvi ak kapòt
Lè w nan dout al pase tès
Evite miyò pase mande padon
Se mèt kò ki veye kò

SIDA

CLSC St-Michel ap pote kole ak kominote a Prevansyon, tès ak vaksen se reskonsablite chak moun, gason kon fanm

Sans dramatiser, rappelons-nous que :
Le virus du SIDA est de plus en plus hétérosexuel : 18% en 1996, 27% en 2000. Santé Canada estime que 16,500 personnes ne savent pas qu'elles sont infectées faute de dépistage.

Nous sommes à votre écoute et à votre service :

CLSC St-Michel, Services Adultes, Prévention par la vaccination et le dépistage
Isabelle Cornet Téléphone: (514) 374-8223

GAP-VIES, Prévention, information et soutien aux personnes vivant avec le SIDA
Téléphone: (514) 722-5655

L'Alliance Théâtrale Haïtienne, Sensibilisation par le théâtre
Victor Éternel Téléphone : (514) 376-1581

Maison d'Haïti, accompagnement et intervention auprès des jeunes
Harry Delva Téléphone : (514) 326-3022

PACT de rue, Écoute, échanges et références auprès des jeunes
Karl Rico, Téléphone : (514) 278-9181

Ce projet de sensibilisation à la prévention et au dépistage du SIDA et des maladies transmissibles sexuellement est une initiative du CLSC St-Michel réalisée en concertation avec GAP-VIES, Alliance Théâtrale Haïtienne, Maison d'Haïti et PACT de rue.

Conception et réalisation : MultiServices Diamond Enr. Montréal 2002

Tout moun ka pran

Toujou fè lanmou
nan bon kondisyon
Pou evite dezagreman
Prevansyon se pi bon remèd
Anpil mennaj osnon patnè seksyèl
ka lakòz anpil vye maladi
Pwoteje tèt ou
Pwoteje lòt yo

M.T.S.

CLSC St-Michel ap pote kole ak kominote a
Prevansyon, tès ak vaksen se
reskonsablite chak moun, gason kon fanm

Sans dramatiser, rappelons-nous que :
Rien n'est plus démocratique qu'une MTS. Ce n'est ni l'âge, ni le sexe, ni la race qui préoccupent une MTS, mais le comportement sexuel. Par [illegible]

Nous sommes à votre écoute et à votre service :

CLSC St-Michel, Services Adultes, Prévention par la vaccination et le dépistage
Isabelle Cornet Téléphone: (514) 374-8223

GAP-VIES, Prévention, information et soutien aux personnes vivant avec le SIDA
Téléphone: (514) 722-5655

L'Alliance Théâtrale Haïtienne,
Sensibilisation par le théâtre
Victor Éternel Téléphone : (514) 376-1581

Maison d'Haïti, accompagnement et intervention auprès des jeunes
Harry Delva Téléphone : (514) 326-3022

PACT de rue, Écoute, échanges et références auprès des jeunes
Karl Rico, Téléphone : (514) 278-9181

Ce projet de sensibilisation à la prévention et au dépistage du SIDA et des maladies transmissibles sexuellement est une initiative du CLSC St-Michel réalisée en concertation avec GAP-VIES, Alliance Théâtrale Haïtienne, Maison d'Haïti et PACT de rue.

Conception et réalisation : MultiServices Dorval Enr. Montréal 2002

Tout moun ka pran

Epatit A ak epatit B
se maladi grav
Atansyon pou pa pran
Si w pa pran
pa bliye gen vaksen
Si w gen dout
al pase tès depistaj
Doktè ak infimyè ka ede w

Epatit A ak epatit B

CLSC St-Michel ap pote kole ak kominote a Prevansyon, tès ak vaksen se reskonsablite chak moun, gason kon fanm

Sans dramatiser, rappelons nous que :
Les hépatites A et B sont de graves affections du foie qui entraînent la maladie et la mort.
L'hépatite B est 100 fois plus infectieux.

Nous sommes à votre écoute et à votre service :

CLSC St-Michel, Services Adultes, Prévention par la vaccination et le dépistage
Isabelle Cornet Téléphone: (514) 374-6223

GAP-VIES, Prévention, information et soutien aux personnes vivant avec le SIDA.
Téléphone: (514) 722-5655

L'Alliance Théâtrale Haïtienne.
Sensibilisation par le théâtre
Victor Éternel Téléphone : (514) 376-1531

Maison d'Haïti, accompagnement et intervention auprès des jeunes
Harry Delva Téléphone : (514) 326-3022

PACT de rue, Écoute, échanges et références auprès des jeunes
Karl Rico, Téléphone : (514) 278-9131

Ce projet de sensibilisation à la prévention et au dépistage du SIDA et des maladies transmissibles sexuellement est une initiative du CLSC St-Michel réalisée en concertation avec GAP-VIES, Alliance Théâtrale Haïtienne, Maison d'Haïti et PACT de rue.

Conception et réalisation : MultiServices Diamond Enr. Montréal 2002

CLSC SAINT-MICHEL

DESTINATAIRES :

EXPÉDITRICE : **Isabelle Cornet, infirmière**

DATE :

OBJET : **Liste des thèmes proposés**

Parlons des vraies affaires !

LISTE DE SUJETS SUGGÉRÉS
Si je ne veux pas d'enfant tout de suite, que puis-je faire? *t contraception)*
Pourquoi je dois mettre un condom et comment? s, originalités, barrières, succès...
Je veux me protéger des maladies sexuelles (MTS) é, fertilité, droits
Je veux juste parler du sida elles importantes à Montréal et dans le monde
Tout ce que je dois savoir sur l'avortement mes seulement
Pourquoi toujours se faire vacciner? Pour moi, mes enfants, mes proches *(méningite, hépatites et autres)*
Pourquoi devrais-je me faire dépister contre les dies sexuellement transmissibles et le VIH-sida?

M7 02.11.15 P:\Service Ad.Bien\SIDA\Projet mcs-edu\Sondage\Sondage analyse.doc
7950, boulevard Saint-Michel
Montréal (Québec)
H1Z 3E1
Téléphone : (514) 374-8223
Télécopieur : (514) 374-9180
clscstmichel@ssss.gouv.qc.ca
www.clscstmichel.qc.ca

Agréé par :
CONSEIL QUÉBÉCOIS D'AGRÉMENT
2001-2004

Projet «Proximité» au centre Ste-Croix: deuxième partie: l'apport des soins infirmiers

Quand le CLSC se permet du «reaching out»

Par Renée-Claude Martin, inf. B.Sc. **Inscrit dans les priorités de la Santé publique, le travail de proximité réalisé au centre Ste-Croix vise à développer et à offrir des services de proximité aux jeunes marginaux et utilisateurs de drogues injectables (UDI)...**

Concrètement, en soins infirmiers, le projet consiste à offrir la vaccination gratuite contre les hépatites A et B, à faire connaître les services de santé et psychosociaux du CLSC et éventuellement, à offrir le dépistage MTS en dehors des locaux du CLSC.

Au démarrage, deux infirmiers des Services courants de notre CLSC, Eric Roy et Nathalie Dupéré, ont organisé le projet et pris contact avec le centre. Ils ont réussi à mettre la clinique en place, mais la vaccination n'a pu démarrer qu'en septembre 2001 avec l'arrivée d'une troisième infirmière désignée par les Services courants, Renée-Claude Martin.

Dans le but d'offrir du support aux infirmières désignées parmi les neuf CLSC qui participent au projet, la Direction de la Santé publique a offert les services d'une infirmière lors des vaccinations et pour aider à l'organisation des relances pour les 2e et 3e

Renée-Claude Martin, Clinique Jeunesse

Dans le numéro précédent de «l'Echo interne», un texte a été publié sous la plume d'Elda Rojas concernant le travail social réalisé dans le cadre de ce projet

doses de vaccin. Mme Teena Marie Johns est donc présente au centre Ste-Croix depuis septembre et fournit une aide précieuse lors des vaccinations. Depuis septembre 2001, 250 jeunes de 16 ans et plus, étudiants et personnel du centre, ont reçu une première dose du vaccin contre les hépatites A et B. La plupart sont des «raccrocheurs» ou des étudiants récemment arrivés au pays.

La plupart de ces jeunes n'ont pas reçu la vaccination contre l'hépatite B offerte dans nos écoles. Leurs besoins d'information concernant les MTS et du VIH sont très grands. De plus, plusieurs proviennent d'un milieu défavorisé ou ont vécu de multiples problèmes comme la violence, la négligence, l'abus, la toxicomanie ou l'instabilité familiale et affective, ce qui les rend plus vulnérables au VIH et aux MTS.

Pour faciliter le suivi, une carte de vaccination est remise à chaque élève lors de la 1ère dose. L'autorisation de recevoir les autres doses gratuitement par la Direction de la Santé publique est indiquée.

La relance pour la 2e dose du vaccin est faite par le biais d'une lettre adressée à chaque élève. Cette lettre est remise par le secrétariat du centre, lequel d'ailleurs collabore grandement à notre projet.

Tout fonctionne pour le mieux: lors des deux premières journées de relance organisées le 5 et le 7 février, le taux de réponse a été de 50 % la première journée et de 60 % la deuxième. Et les élèves qui ont quitté le centre avant ces relances ont été informés qu'ils pourraient compléter leur vaccination dans leur CLSC.

Aux Services courants, nous poursuivons notre but d'offrir des services de prévention auprès des jeunes dans leur propre milieu. Ainsi, la prochaine étape du projet «Proximité» sera de mieux connaître les besoins des jeunes en regard des MTS à l'aide d'un questionnaire que nous sommes en train d'élaborer.

❑

Projet «Proximité» au centre Ste-Croix

Quand le CLSC se permet du «reaching out»

Par Elda Rojas, travailleuse sociale **Le projet «Proximité» s'inscrit dans les priorités de la Santé publique de la région de Montréal. Il vise à faire connaître les services sociaux et de santé disponibles au CLSC Villeray pour les utilisateurs de drogue injectable (UDI) et les jeunes «marginaux». Sis sur la rue Jarry près de la polyvalente Lucien-Pagé, le centre Ste-Croix a été au cours des derniers mois le théâtre d'une expérience dans le cadre de ce projet. Ainsi, une infirmière et une travailleuse sociale de notre CLSC ont été désignées par la coordination des Services courants pour réaliser ce travail de proximité.**

Psychosocial: un bilan plutôt positif

La présence d'une travailleuse sociale au centre Ste-Croix à raison de deux jours/semaine pendant douze semaines a démontré l'importance d'être au cœur des difficultés des jeunes en leur offrant une accessibilité immédiate aux services psychosociaux sur leur propre «terrain». Pendant 137 heures de présence effective dans les locaux du centre, 139 interventions individuelles ont été menées auprès de 57 jeunes dont la moyenne d'âge a été de 21 ans.

La plupart de ces élèves sont des jeunes revenus aux études après avoir décroché ou avoir perdu un emploi. On peut comprendre alors que chez eux, le sentiment d'insécurité est très présent et que leurs besoins sont marqués par une grande ambivalence entre le désir d'autonomie et le besoin de sécurité dans une société où l'avenir semble de plus en plus incertain.

Dans un lieu de travail aussi multiculturel, les interventions ont été évidemment dispensées en français, en anglais ou en espagnol. Elles étaient demandées principalement par les élèves mais elles étaient aussi référées par la directrice et quelques membres du personnel, y compris les secrétaires et le concierge! Basées sur un rapport de confiance et de respect mutuel, ces rencontres anonymes et confidentielles ont duré une heure en moyenne. Mettant l'accent sur la promotion et la prévention de la santé et du bien-être, notre rôle a été d'évaluer, d'orienter et de faire intervenir les services adéquats lorsque la situation l'exigeait.

Les raisons de telles rencontres étaient toujours liées à la recherche d'un bien-être immédiat:

- les relations amoureuses
- la sexualité, la contraception, le corps
- les difficultés relationnelles
- les idées noires
- les problèmes reliés au choc culturel
- les tracas socio-économiques.

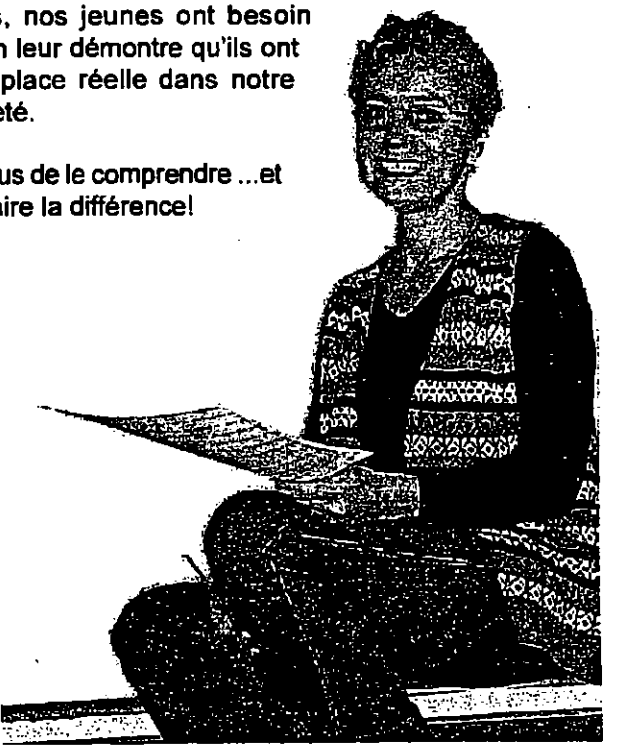
Ces interventions nous ont permis également d'identifier de fortes prévalences d'isolement, d'incompréhension, de détresse psychologique, de dépression, d'anxiété et de conduites suicidaires. Bref, une série de problèmes de santé mentale résultant de situations critiques aux niveaux social, économique et culturel.

Agir aussi sur les causes

Nos interventions psychosociales sont encore axées sur les conséquences et non sur les causes. Avec un pied dans le CLSC et un pied dans la communauté, on doit se rappeler qu'il y a des jeunes en difficulté qui sont encore en silence et que le silence et la parole doivent recevoir le même accueil de justice sociale et d'équité.

Silencieux, tapageurs ou turbulents, nos jeunes ont besoin qu'on leur démontre qu'ils ont une place réelle dans notre société.

A nous de le comprendre ...et de faire la différence!



Elda Rojas, intervenante sociale à la Clinique jeunesse

Âge:

Sexe:
Féminin ☐
Masculin ☐

J'ai des relations sexuelles avec des hommes ☐
J'ai des relations sexuelles avec des femmes ☐
Je n'ai jamais eu de relation sexuelle ☐

Dans une période d'un mois, j'ai en moyenne des relations sexuelles avec:

aucun partenaire ☐
1 seul partenaire («blonde ou chum») ☐
2 à 4 partenaires ☐
+ de 5 partenaires ☐

J'utilise le condom: Toujours ☐ Parfois ☐ Jamais ☐

Je n'utilise pas le condom parce que: (il peut y avoir plusieurs raisons)

J'ai un ou une partenaire stable ☐
C'est trop cher $$ ☐
Je suis allergique au latex ☐
Mon «chum» ne veut pas en mettre ☐
Ce n'est pas confortable ☐
Ça me gène d'aller les acheter ☐
Ça me gène de le demander à mon, ma partenaire ☐
C'est quoi un condom? ☐
Autres raisons:

Je prends des drogues par injection: oui ☐ non ☐ j'en ai pris au moins une fois ☐
Je fume du crack ou de la free base: oui ☐ non ☐ plus maintenant ☐

Je suis vacciné contre l'hépatite A: oui ☐ non ☐ je ne sais pas ☐
Je suis vacciné contre l'hépatite B: oui ☐ non ☐ je ne sais pas ☐

Mes connaissances sur: (c'est quoi, comment ça se transmet, les symptômes, les traitements...)

	Je ne sais pas ce que c'est !	J'en ai déjà entendu parler...	J'en sais un peu.	J'en sais assez.	J'ai déjà eu cette maladie ou je l'ai présentement
VIH / SIDA					
Hépatite A					
Hépatite B					
Hépatite C					
Gonorrhée					
Condylomes					
Chlamydia					
Herpès					

Je voudrais en savoir plus sur:

Les moyens qui me semblent les plus intéressants pour en apprendre plus sont:

Discussion ☐
Vidéo ☐
Conférence, témoignage ☐
Jeux ☐
Dépliants ☐
Autres:

Toxicomanie

La réduction de méfaits en soins infirmiers

Par Marie-Annick Barbier, infirmière

Bien qu'ayant déjà des antécédents, la notion de réduction des méfaits en toxicomanie a émergé dans les années 80 suite à la montée fulgurante de la transmission du VIH chez les toxicomanes utilisateurs de drogues injectables (UDI). Certaines applications de cette approche nous sont familières ou presque: les sites d'échange de seringues (nous en avons un au CLSC Villeray), les programmes de prescription de méthadone ou encore opération «Nez rouge».

Avant tout, il est intéressant de connaître les principes de base servant en quelque sorte de repères philosophiques à cette approche:

le pragmatisme (qui donne la valeur pratique comme critère de la vérité)

Cette doctrine nous amène

- à reconnaître la réalité de l'usage des drogues illicites
- à intervenir dans une perspective coûts-bénéfices pour l'usager et son entourage en ciblant les conséquences négatives de l'usage tout en prenant en compte les conséquences positives (plaisir, survie, identification...)
- à intervenir par paliers avec des objectifs prioritaires et réalistes pour l'usager.

l'humanisme (qui prend pour fin la personne et son épanouissement)

Cette doctrine nous amène

- à aller à la rencontre des usagers là où ils sont, puisqu'on constate que des tas de barrières les empêchent de venir vers les institutions; c'est le travail de proximité
- à guider les usagers vers les ressources qui correspondent à leurs besoins respectifs, l'accès à des ressources devenant ainsi une opportunité de changement, si minime paraît-elle
- à favoriser le respect et l'implication des individus et les amener vers l'auto organisation; c'est l'auto support, l'empowerment.

Cette approche vise les conséquences de l'usage des drogues et non leur usage. Les interventions ont donc lieu dans un contexte où la consommation se poursuit.

On parle de réductions des risques liés à l'injection, aux produits, aux contextes de consommation, mais aussi de réduction des dommages de façon plus large que ce soit par le biais de prescription de drogues, d'hébergement tolérant la consommation ou par le support à la gestion du budget ou le support à la prise en charge de la santé malgré une consommation active. C'est dans ce contexte qu'au sein de l'équipe mobile de l'UHRESS du CHUM ST-LUC nous accompagnons les personnes toxicomanes UDI, séropositives vers un accès à des soins de santé adaptés et à une prise en charge de leur santé.

Notre clientèle est polytoxicomane, mais 87 % sont des consommateurs actifs de cocaïne intraveineuse. En prise de contact ou en suivi, nous prenons connaissance de la consommation et du contexte dans lequel elle s'exerce sans pour autant chercher à intervenir sur cet aspect, sauf si c'est la demande de l'usager.

Au fur et à mesure que le lien de confiance s'établit, les problèmes liés à l'injection ou à la consommation nous sont révélés (abcès, cellulite, symptômes de sevrage, état dépressif perte de logement, abandon de la médication, judiciarisation, etc.) et c'est avec l'usager que nous ciblons le problème prioritaire et le guidons vers une solution.

➜

C'est souvent à travers ses activités quotidiennes reliées à la consommation et à la survie que l'usager prendra conscience de la détérioration de sa santé (fatigue, perte d'énergie, perte de poids, sudation, in[illegible]ions, problèmes pulmonaires, hépatiques, neurologiques, psychiatriques, etc.). Il importe de savoir di[illegible]rner les symptômes liés à la consommation de ceux liés au VIH ou de ceux liés à la santé mentale puis de l'accompagner dans sa prise de conscience et de le référer aux ressources appropriées.

La collaboration étroite avec l'équipe du site fixe qui a une double expertise VIH/toxicomanie, l'équipe multidisciplinaire de l'Unité hospitalière de recherche et d'enseignement sur le sida (UHRESS) et les autres partenaires du réseau, que ce soit en VIH en toxicomanie ou en santé mentale, est primordiale et doit se poursuivre.

Il est important de souligner que l'outreach nous permet de pénétrer la culture du milieu et de connaître les échelles de valeurs de nos patients ainsi que leur réseau social. La perception qu'a chacun de sa maladie, de la médication et des effets secondaires, selon ses expériences antérieures ou celles de ses pairs est primordiale à connaître avant d'intervenir.

A la lumière de ces perceptions on pourra alors faire participer le patient aux choix de médication (nombre de pilules, effets secondaires acceptables, etc.) ou au moment opportun pour le vacciner. C'est aussi pouvoir comprendre leurs réticences à consulter dans les institutions, souvent liées à des expériences antérieures difficiles mais aussi à l'appréhension de recevoir de mauvaises nouvelles ou de devoir être hospitalisé (100 % de nos patients sont porteurs de l'hépatite C et 50 % ont un bilan immunitaire très détérioré).

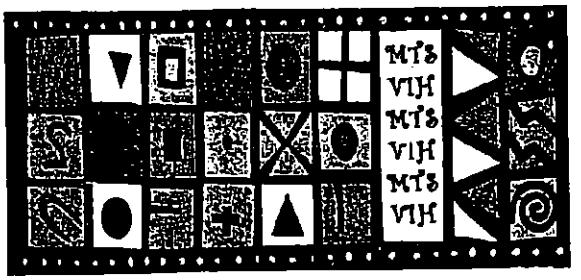
Comprendre leurs réticences demande ensuite d'exercer un rôle d'advocacy auprès des ressources et d'accompagner les patients pour les soutenir dans leur démarche malgré leurs craintes. Petit à petit l'usager sera incité à devenir plus autonome dans ses démarches, avec cependant une évolution en dents de scie, compte tenu de l'impact des problèmes de consommation, de pauvreté et d'isolement social qui perdurent. Malgré tout, le fait d'accumuler des expériences positives si minimes soient elles permettent à l'individu de reprendre confiance en lui et en ses capacités.

Après deux ans d'existence, l'équipe constate que plusieurs patients ont pu accéder à une stabilité sociale minimale quoique fragile ainsi qu'à une qualité de vie et de santé meilleure. Reste à élargir le réseau des partenaires.

Un travail de petits pas mais combien passionnant!

Marie-Annick Barbier est infirmière aux Services courants, plus précisément à la Clinique jeunesse.

Elle est actuellement en congé sabbatique

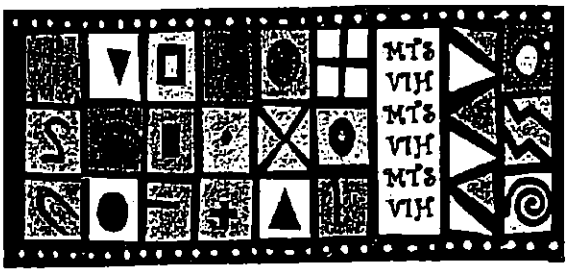


Services infirmiers
Services infirmiers

à l'école **Henri-Julien**

Tu as des QUESTIONS sur

- les différences entre **hépatite** A, B et C et les vaccins disponibles?
- les façons possibles de contracter le **VIH**?
- les endroits où tu pourrais passer un test de **dépistage** pour le VIH ou les **MTS**?
- les différents moyens **contraceptifs**?
- les **relations sexuelles** non «protégées»?
- ta consommation de **drogues** ou **d'alcool**?



Services infirmiers
Services infirmiers

au Centre Ste-Croix

Tu as des QUESTIONS sur

- les différences entre **hépatite** A, B et C et les vaccins disponibles?
- les façons possibles de contracter le **VIH**?
- les endroits où tu pourrais passer un test de **dépistage** pour le VIH ou les **MTS**?
- les différents moyens **contraceptifs**?
- les **relations sexuelles** non «protégées»?
- ta consommation de **drogues** ou **d'alcool**?

Une infirmière est disponible pour toi à l'école Ste-Croix

- pilule du lendemain
- test de grossesse
- contraception
- informations pratiques sur les MTS et le VIH, et dépistage
- vaccination contre les hépatites A et B
- information, conseils sur la sexualité sécuritaire»
- information, conseils sur la consommation de drogues et d'alcool.

Passe me voir au local 300

le Lundi de 1930 à 2130
le Mercredi de 930 à 1430

...mais si tu as besoin de me rejoindre en dehors de ces heures, tu peux appeler et laisser un message au

376-4141, poste 311

ou encore, du lundi au vendredi de 08h00 à 20h00, tu peux passer par ma pagette au

202-4195

Marie-Annick Barbier

Une infirmière est disponible pour toi à l'école Henri-Julien

- pilule du lendemain
- test de grossesse
- contraception
- informations pratiques sur les MTS et le VIH, et dépistage
- vaccination contre les hépatites A et B
- information, conseils sur la sexualité sécuritaire»
- information, conseils sur la consommation de drogues et d'alcool.

Passe me voir au 2ème étage (cuisine)

Je suis là pour toi, le jeudi de 10h30 à 13h30

...mais si tu as besoin de me rejoindre en dehors de ces heures, tu peux appeler et laisser un message au

376-4141, poste 311

ou encore, du lundi au vendredi de 08h00 à 20h00, tu peux passer par ma pagette au

202-4195

Marie-Annick Barbier

CLSC MÉTRO

CENTRE D'INTERVENTION SIDA

LE SERVICE DE DÉPISTAGE ANONYME DU VIH

Dans une démarche constante d'amélioration de la qualité de nos services, nous aimerions obtenir votre opinion sur l'ensemble des services offerts par notre centre.

1. Comment avez-vous appris l'existence de notre service ?	COCHEZ (✓)
411 ou bottin	
CLSC MÉTRO	
Autre CLSC ? Lequel ?	
Info-santé	
Clinique / Hôpital	
Organisme communautaire	
Ami / famille	
Déjà venu ici pour un test anonyme	
Autre (spécifier)	

2. Était-ce votre première visite ici ?	OUI	NON

3. Lorsque vous êtes venu pour le pré test, la rencontre était :	COCHEZ (✓)
Avec rendez-vous	
Sans rendez-vous	

4. Évaluation du service :	OUI	NON
La rencontre en pré test a-t-elle répondu à vos attentes ?		
Avez-vous été suffisamment en confiance avec votre intervenant pour poser toutes vos questions ?		
Est-ce que les informations que vous avez reçues étaient claires ?		
Ces informations vous aideront-elles à vous maintenir en santé ?		
Votre intervenant vous a-t-il traité avec respect ?		
Croyez-vous qu'il est important de maintenir une clinique sans rendez-vous ?		
Avez-vous été satisfait de l'accueil au 4e étage ?		
Avez-vous été satisfait de l'accueil au 3e étage ?		
Avez-vous été satisfait de l'accueil au laboratoire ?		
Le délai d'attente est-il acceptable pour une clinique sans rendez-vous ?		
Le délai d'attente pour le laboratoire est-il acceptable pour une clinique sans rendez-vous ?		

6. Recommanderiez-vous notre service à d'autres ?	OUI	NON

7. Évaluez votre satisfaction avec ce service :

1	2	3	4	5	6	7
Insatisfait						Très satisfait

Commentaires et suggestions

Merci de votre précieuse collaboration.
L'équipe de dépistage sida

CLSC MÉTRO

AIDS INTERVENTION CENTER

THE ANONYMOUS HIV TESTING SERVICE

We are continually evaluating the quality of services we offer.
Would you please take a moment to answer the following questions.

1. Where did you learn about our testing service?	CHECK (✓)
411 or the telephone directory (white or yellow pages)	
CLSC MÉTRO	
Another CLSC? (please specify)	
Info-santé	
Medical clinic / hospital	
Community organization	
Friend / family	
You've already been to see us	
Other (please specify)	

2. Is this your first visit with us?	YES	NO

3. When you came for your pre-test, the interview was:	CHECK (✓)
With an appointment	
Walk-in clinic	

4. Evaluation of our service:	YES	NO
Did the pre-test counselling live up to your expectations?		
Were you comfortable enough with your counsellor to ask all your questions?		
Was the information you received from us clear?		
Was the information you received helpful?		
Did you feel your counsellor treated with you respect?		
Do you believe it is important to provide a clinic on a walk-in basis?		
Were you satisfied with the reception services on the 4th floor?		
Were you satisfied with the reception services on the 3rd floor?		
Were you satisfied with the reception you received in the laboratory?		
Did you find the waiting time for your interview acceptable for a walk-in clinic?		
Did you find the waiting time for your blood test in the laboratory acceptable for a walk-in clinic?		

6. Would you recommend our testing service to others?	YES	NO

7. Please rate your level of satisfaction with the service as a whole:

1	2	3	4	5	6	7
Dissatisfied						Very satisfied

Comments and suggestions

Thank you very much for your evaluation.
The anonymous HIV testing team

ANNEXE 4

TEST DE DÉCTECTION DE LA CHLAMYDIOSE GÉNITALE ET DE L'INFECTION GONOCCOCIQUE SUR PRÉLÈVEMENT URINAIRE

POUR LA CLIENTÈLE DESSERVIE PAR LES ÉQUIPES DE PRÉVENTION VIH / ITS DES CLSC DÉSIGNÉS RÉGION MONTRÉAL-CENTRE

MODE D'EMPLOI

1. Objectifs du projet

- Rendre accessible le test de détection de la chlamydiose génitale et de l'infection gonococcique sur prélèvement urinaire spécifiquement pour la clientèle desservie par les équipes de prévention VIH / ITS des CLSC désignés.
- Évaluer la réponse de la clientèle à l'offre de test, la positivité des tests effectués.

2. Nature du test sur prélèvement urinaire proposé

- Il s'agit d'un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) plutôt qu'un test par culture, par détection des antigènes par immunofluorescence (IFD) ou encore par procédé immunoenzymatique (EIA).
- Le test Amplicor de Roche Diagnostics (fondé sur l'amplification des acides nucléiques, et plus spécifiquement sur la réaction en chaîne de la polymérase – PCR) est utilisé depuis 2 à 3 ans par la vaste majorité des hôpitaux de Montréal pour la détection de la chlamydiose sur prélèvement génital. Sa version « Duplex » comprend des réactifs pour la chlamydiose et l'infection gonococcique. Il peut être effectué sur un prélèvement d'urine

3. Sensibilité et spécificité du test proposé

- Chlamydiose. Tel que présenté au tableau suivant, la sensibilité et la spécificité du test TAAN pour la détection de *C. trachomatis* sur prélèvement urinaire sont du même ordre de grandeur que celles du test TAAN sur prélèvement génital (lequel est le test de détection de la chlamydiose couramment utilisé à Montréal).

- Infection gonococcique.
  Sensibilité. Chez **l'homme symptomatique**, la sensibilité du test TAAN pour la détection de *N. gonorrhoae* sur prélèvement urinaire et celle de la culture sur prélèvement génital (lequel est le test de détection de l'infection gonocoocique couramment utilisé à Montréal) sont similaires et élevées. On constate cependant que chez **l'homme asymptomatique,** la sensibilité du test TAAN sur prélèvement urinaire ainsi que la celle de la culture sur prélèvement génital sont similaires et faibles. Enfin, chez la **femme**, la sensibilité du test

TAAN sur prélèvement urinaire est nettement inférieure à celle de la culture sur prélèvement génital.

Spécificité. À Montréal, les analyses de confirmation au sujet de l'infection gonococcique sont effectuées à l'hôpital Général de Montréal, le prélèvement est soumis à une deuxième épreuve PCR, utilisant cette fois comme sonde un fragment 16S rRNA de *Neisseria gonorrhoeae*; le niveau de spécificité obtenu après le test de confirmation est élevé

	Sensibilité %		Spécificité %	
	Hommes	**Femmes**	**Hommes**	**Femmes**
Chlamydiose PCR urinaire	94,4	95,1	100,0	99,8
PCR génital	99,1	96,5	98,5	99,4
Inf. Gonoccocique PCR urinaire	Asympt. 42,3 Sympt. 94,1	65,0	99,9 (après confirmation)	99,8 (après confirmation)
Culture génitale	Asympt. 46,2 Sympt 92,7	84,8	100	100

4. Avantages et inconvénients du test

- La méthode de test sur un échantillon d'urine est moins invasive en comparaison avec l'écouvillonnage urétral ou cervical couramment utilisé. Cette méthode est plus acceptable, particulièrement chez l'homme. Il n'est donc pas nécessaire de procéder à un examen génital ; le prélèvement peut être effectué aisément dans un contexte d'intervention « à proximité ».
- La possibilité d'effectuer un test de chlamydiose et d'infection gonococcique sur un même spécimen d'urine simplifie encore davantage le dépistage.
- En l'absence d'un examen génital, l'évaluation est incomplète (ex. : visualisation de lésions causées par le virus du papillome humain ; prélèvement pour cytologie du col cervical chez la femme.
- Tel que mentionné précédemment, la sensibilité du test à détecter l'infection gonococcique chez les femmes symptomatiques ou asymptomatiques et chez les hommes asymptomatiques est faible.
- Inhibition. À l'occasion, on observe un phénomène d'inhibition de l'amplification des acides nucléiques, qu'il s'agisse d'un prélèvement urinaire ou génital. À cause de ce processus d'inhibition, on ne peut alors déterminer si le test est positif ou négatif. Si on ne peut éliminer l'inhibition, on doit éventuellement retester l'individu.

5. Indications du test

De manière générale, on offre le test aux personnes rejointes dans le cadre d'interventions « à proximité ». Plus spécifiquement aux personnes peu susceptibles de consulter dans le réseau de la santé pour un dépistage, aux personnes asymptomatiques réticentes à subir un examen génital Il faut noter que l'examen génital et le test génital demeurent le premier choix. Les indications spécifiques sont mentionnées au tableau suivant.

Ne sont pas éligibles : Les personnes ayant pris par voie orale ou par injection, au cours du dernier mois, des antibiotiques pouvant être utilisés dans le traitement de la chlamydiose ou de la gonococcie :Azythromycine, vibramycine, doxycycline, érythromycine, cefixime, ciprofloxacine, ofloxacine, ceftriaxone, spectinomycine, pénicilline, amoxicilline, Ou qui ont été récemment traitées (au cours du dernier mois) pour une chlamydiose ou une gonococcie

6. Prélèvement d'urine

- Le diagnostic de chlamydiose et de gonococcie est basé sur un test de laboratoire (plutôt que sur un diagnostic clinique); fondé sur l'amplification génique; fait sur un prélèvement urinaire.
- Il n'est pas nécessaire de procéder à un prélèvement génital en plus d'un prélèvement urinaire.
- Le patient ne doit pas avoir uriné (ni éjaculé) au cours des deux heures précédant le prélèvement. Le patient recueille les premières gouttes d'urine, que les premières gouttes. Il est particulièrement important d'insister auprès des femmes sur la nécessité de recueillir le début du jet. La sensibilité du test augmente lorsqu'on peut obtenir le début de la miction.
- La quantité à obtenir est d'environ 15 mL (une cuillère à soupe - le cas échéant, les 10 premiers mL peuvent suffire et au-delà de 50 mL, il ne s'agit plus de l'urine initiale).
- L'urine est recueillie dans un contenant habituel. de prélèvement d'urine (récipient propre en polypropylène). Le patient transvide la quantité d'urine nécessaire de ce contenant à un tube conique de plastique de 15 mL. L'excédent d'urine et le contenant initial de recueil sont jetés.
- Il n'est pas nécessaire de laver les organes génitaux avant le prélèvement.

7. Modalités de conservation et d'acheminement des prélèvements d'urine

- Les prélèvements d'urine doivent être conservés au réfrigérateur (entre 2 et 8 degrés centigrade); le cas échéant, ils peuvent demeurer à la température ambiante pour un maximum de 24 heures. Il doit s'écouler un maximum de 4 jours entre le prélèvement et l'analyse (ceci inclue les délais au laboratoire avant de traiter les échantillons).
- Les échantillons sont envoyés au CHUM campus Hôtel-Dieu, laboratoire de séro-immunologie. Les modalités d'envoi des échantillons varient d'un milieu clinique à l'autre. (ex : utiliser la boîte de stryrofoam – éviter température extérieure trop chaude, éviter de placer les tubes en position déclive...).

8. Acheminement des résultats

- Le résultat de l'analyse est disponible à l'intérieur d'une période de 7 jours suivant la réception du prélèvement d'urine au laboratoire. Cependant, un résultat positif pour gonococcie sera

disponible seulement après qu'une analyse de confirmation ait été effectuée, soit environ 10 jours après la réception du prélèvement au laboratoire. Tous les prélèvement positifs pour gonococcie sont envoyés par le laboratoire du CHUM au laboratoire de microbiologie de l'hôpital Général de Montréal où ils sont soumis à une analyse de confirmation.

- Les résultats du laboratoire sont envoyés au milieu clinique par télécopie à l'intention de la personne désignée par le CLSC.
- Les cas positifs sont pris en charge par l'infirmière clinicienne en lien avec l'équipe médicale du CLSC.
- Dans le cadre de l'étude, en l'absence d'une culture et d'un antibiogramme, toutes les souches de gonococcie confirmées sont considérées comme potentiellement résistantes à la pénicilline et aux fluoroquinolones et traitées avec de la céfixime (ce qui constitue le traitement de 1er choix d'une gonococcie selon les Lignes directrices canadiennes sur les MTS 1998). L'intervenant est encouragé à faire revenir le patient après le traitement pour vérifier la réponse clinique et procéder à une culture au besoin.

9. Gestion du projet au sein de chacun des CLSC

Chaque milieu identifie une personne responsable de la gestion du matériel, de l'envoi des prélèvements, de la réception des résultats, de la tenue des statistiques afférentes au projet et de l'identification des intervenants(es) autorisé(e)s à prescrire le test urinaire. Elle voit à l'adaptation des modalités de fonctionnement du projet selon les caractéristiques du milieu.

10. Matériel

- Requête de laboratoire
- Information ITS- version anglaise-française
- Informations sur modalités de prélèvement d'urine, version anglaise-française
- Contenant habituel. de prélèvement d'urine
- Tube de plastique conique 15 mL

Rôle de l'intervenant de CLSC

- Offrir l'évaluation ITS
- Recueillir le consentement du patient
- Assurer l'évaluation et le counseling ITS approprié
- Recevoir le prélèvement urinaire
- Compléter la requête de laboratoire.
  - Identification du patient
  - Identification de l'intervenant
  - Date de prélèvement
- Envoyer les échantillons d'urine au laboratoire, avec la requête, dans des conditions optimales.
- Assumer avec son équipe la prise en charge clinique des cas positifs et la démarche de notification aux partenaires.

Dépistage ciblé de certaines ITS (personnes asymptomatiques)

PERSONNES À RISQUE	ITS À RECHERCHER		
	CHLAMYDIOSE	INFECTION GONOCOCCIQUE	SYPHILIS
<25 ans et nouveau partenaire - 6 à 12 mois <25 ans ayant eu plus de 2 partenaires sexuels au cours de l'année	X		
<25 ans et une ITS - année précédente	X		
Jeunes de la rue	X	X	
Femme demandant une interruption de grossesse	X	X	
Plusieurs partenaires sexuels	X	X	X
Utilisateurs de drogues dures, injectables ou non	X	X	X
Personnes ayant eu des relations sexuelles avec un nouveau partenaire revenant d'un séjour dans un pays à haute endémicité de ITS/VIH	X	X	X
Personnes ayant eu des relations sexuelles avec partenaire originaire d'un pays à haute endémicité de ITS/VIH	X	X	X
Travailleurs(ses) du sexe	X	X	X
Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	X	X	X
Personne demandant un dépistage même en l'absence de facteur de risque	X	X	X

Source : Adapté de *« Lignes directrices canadiennes pour les MTS »*, Édition 1998. Santé Canada, « Recommandations de dépistage des MTS », Comité MTS, MSSS 2000 et de *« Sexually transmitted diseases guidelines »*, Édition 2002. CDC. EUA.

Particularités :

⇒ Il faut rechercher systématiquement la présence de facteurs de risque d'une ITS. L'état des connaissances actuelles ne permet pas de définir précisément quels sont les contextes où un dépistage systématique est pertinent. Cependant on croit que les personnes appartenant aux groupes cités au tableau suivant devraient se voir offrir des tests.

⇒ Les personnes ayant eu des relations sexuelles non protégées avec un membre de l'un ou l'autre de ces groupes devraient subir les mêmes examens que la personne concernée. Toute **femme enceinte** ayant un facteur de risque ou dont le partenaire présente lui-même un facteur de risque devrait passer les tests correspondants. Bien sûr les **partenaires sexuels** de cas connus de ITS devraient être évalués et testés (ce qui inclut les **nouveau-nés** dont l'un des parents a une ITS ou est à risque).

- On notera que le dépistage systématique de la chlamydiose chez tous les jeunes de moins de 25 ans actifs sexuellement n'est pas recommandé (il pourrait l'être dans des contextes cliniques particuliers, par exemple dans une clinique jeunesse où la prévalence de l'infection est particulièrement élevée). Il en va de même pour l'infection gonococcique.
- On recommande de respecter un intervalle de trois semaines entre la fin de tout traitement antibiotique et le moment d'un prélèvement. Chez l'homme, il est souhaitable de respecter un intervalle d'une heure entre la dernière miction et le prélèvement urétral. Chez la femme, le prélèvement à l'endocol peut être effectué même durant la menstruation.
- Dans la recherche de l'infection gonoccocique, il importe de procéder à une culture d'un prélèvement pharyngé et rectal si ces sites ont pu être exposés, même si la personne est asymptomatique.
- Il semble qu'un délai de quelques jours entre le moment du contact sexuel à risque et le moment du prélèvement augmente la probabilité de mettre un germe en évidence et donc d'éviter un résultat faussement négatif. Peu de données sont disponibles sur le sujet. Il n'est

pas nécessaire de respecter un tel délai si la personne est symptomatique ou si elle est exposée régulièrement à la possibilité de contracter une ITS.

- La fréquence à laquelle les tests de dépistage devraient être repris n'est pas établie. Les personnes présentant des ITS à répétition ou ayant de multiples partenaires pourraient être évalués régulièrement, par exemple aux 3 à 6 mois.

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Bilan 1999 – 2002 des équipes de prévention et de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) des CLSC désignés de Montréal *Gilles Lambert, M.D.* *Hawa Sissoko, M.Sc., Agente de recherche*	**12.00$**	

2-89494-395-4
Numéro d'ISBN ou d'ISSN

DESTINATAIRE

Nom _____

Organisme _____

Adresse _____
No Rue App.

_____
Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

Les commandes sont payables *à l'avance* par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la *Direction de la santé publique de Montréal-Centre.*

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE

Garder notre monde en santé